

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

**OLGA MARIA DO NASCIMENTO**

**APOIO MATRICIAL: UM MODO AMPLIADO DE CUIDAR DA SAÚDE  
DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

**VITÓRIA  
2016**

**OLGA MARIA DO NASCIMENTO**

**APOIO MATRICIAL: UM MODO AMPLIADO DE CUIDAR DA SAÚDE  
DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha de pesquisa Subjetividade e Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira  
Gomes.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia Coelho  
Heckert

**VITÓRIA  
2016**

**OLGA MARIA DO NASCIMENTO**

**APOIO MATRICIAL: UM MODO AMPLIADO DE CUIDAR DA  
SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional, na área Subjetividade e Clínica.

Vitória, 23 de março de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes**

Universidade Federal do Espírito Santo

Orientador

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia Coelho Heckert**

Universidade Federal do Espírito Santo

Coorientadora

---

**Prof. Dr. Fabio Hebert da Silva**

Universidade Federal do Espírito Santo

---

**Prof. Dr. Gustavo Nunes Oliveira**

Universidade de Brasília

*A Amália, minha filha querida, parceira  
que compartilho afetos e me faz rever o  
sentido de existir.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus amigos de trabalho do CRAI, pelo privilégio de fazer parte dessa equipe, que me possibilitou compartilhar os saberes de uma convivência profissional e interdisciplinar.

À minha filha Amália, que sempre me apoiou e muito contribuiu para elaboração desse estudo com seu saber, que me levou a rever a escrita para tornar mais compreensivo o texto produzido. E a uma companheira de todos os momentos que esteve sempre presente ao pé da minha mesa de estudos, a incansável Mel.

Ao professor Rafael com sua generosidade e paciência, que me aceitou com minhas dúvidas e angústias durante o processo de orientação desse trabalho.

À minha família ampliada, pai, mãe, filha, irmã, irmãos, primos, sobrinhos e amigos que sempre torceram por mim. Em especial à minha mãe, que na torcida pelo término do mestrado se sentiu angustiada pela demora na conclusão do mestrado.

À amiga e hoje diretora do CRAI, Renata Madureira, que me incentivou a estar nesse processo de constante reflexão de construção teoria e prática, “somos todos intelectuais”.

A todos idosos e seus familiares do CRAI, que direta ou indiretamente contribuíram para realização dessa pesquisa.

Ao professor Fabio Hebert que se colocou disponível para avaliar meu trabalho.

Em especial à professora Ana Heckert, que veio como um “anjo amigo” que aceitou ser minha coorientadora.

Às minhas mais novas amigas que ganhei ao longo do percurso do mestrado, Renatinha, Ana, Luiza, Janice, Alice, Viviani, Anne, Franciele, Bia, e em especial à Soninha do PPGPSI, que sempre esteve disponível aos meus apelos.

A uma grande amiga e professora libertária, Maria do Carmo, que não está mais entre nós, mas que sempre me incentivou a acreditar que o estudo é o caminho para libertação do ser humano e principalmente da mulher.

Aos incansáveis colegas que trabalham no SUS, que acreditam ser possível uma saúde pública igual para todos.

## RESUMO

Este trabalho analisa a contribuição do Apoio Matricial em saúde do idoso na qualificação da demanda das Unidades Básicas de Saúde por atendimento especializado ao Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), e a ampliação do acesso do idoso frágil a esse serviço. A metodologia do Apoio Matricial foi implantada pela equipe do CRAI no final do ano de 2008, com o objetivo de oferecer retaguarda especializada tanto às questões assistenciais quanto ao suporte técnico pedagógico às equipes de referência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A dissertação apresenta o processo de implantação do CRAI como um serviço da rede municipal de Vitória voltado para o atendimento do idoso. A construção teórica é realizada a partir da compreensão do conceito de Apoio Matricial (AM) como tecnologia de gestão, de forma a esclarecer como essa ferramenta se apresenta nos processos de trabalho em saúde. O estudo abrange o período de outubro de 2007 a dezembro de 2008, momento que antecedeu ao início do apoio matricial; e o período de janeiro a dezembro de 2013, após 05 anos de implantação do Apoio Matricial. Inclui ainda dados relativos às 05 Unidades Básicas de Saúde que primeiro implantaram o Apoio Matricial, e à entrevista realizada com os profissionais da equipe básica do CRAI, composta pelo médico, enfermeira e assistente social. Os dados coletados na pesquisa foram analisados e classificados com base nas seguintes categorias: Origem da UBS, Faixa Etária, Gênero, Motivo dos Encaminhamentos. Os resultados do estudo apontam para mudança na descrição dos motivos dos encaminhamentos, passando a conter dados que expressam a ampliação da clínica, com enfoque na mudança de paradigma que focalizava a doença para o paradigma da capacidade funcional. Estes resultados apontam o Apoio Matricial como uma potência no cuidado ampliado para a saúde do idoso. Conclui-se a necessidade de ampliar a rede de cuidado para o idoso, em especial para o idoso em risco de fragilização. Necessário intensificar ações para que as equipes da ABS se sintam aptas a oferecer um cuidado ampliado para esse público. A ferramenta do Apoio Matricial é uma das possibilidades que contribui para ampliar o cuidado na saúde do idoso. Destaca-se ainda a necessidade de viabilizar a criação de outros serviços, considerando o crescente envelhecimento da nossa população.

Palavras chave: Saúde do Idoso; Saúde Coletiva; Gestão em Saúde; Integralidade; Apoio Matricial; SUS, Envelhecimento.



## **ABSTRACT**

This work analyses the contribution of the Matrix support on eldercare regarding the qualifying demand of Basic Healthcare Units for specialized treatment in the Elderly Care Reference Center, as well as the improvements in the access of the fragile elderly to this service. The Matrix support methodology has been implemented by the Elderly Care Reference Center team, at the end of 2008, with the purpose of providing specialized backup both for assistance-related issues and for the pedagogical support to the reference teams in the Basic healthcare units. The dissertation presents Elderly Care Reference Center's implementation process as a service within the municipal network of Vitoria aimed at the elderly care. The theoretical development draws on the Matrix support concept as a management technology, in order to explain how such expedient take place in the work processes in healthcare. The research covers the period between October 2007 and December 2008, prior to the Matrix support; and the period between January and December 2013, after five years of the Matrix support implementation. It also comprises the data related both to the five Basic healthcare units which first settled the Matrix support and to the interviews conducted with professionals from Elderly Care Reference Center's basic team, which includes the physician, the nurse and the social assistant. The data collected in this research have been analyzed and classified based on the following categories: the origin of the Basic healthcare unit, age group, gender, reasons for referral. The outcome of this study points out to a shift in the descriptions regarding the reasons for referral, thereby including data expressing the expansion of the clinic and highlighting a shift from a disease-based to a functional capacity paradigm. Such results showcase the Matrix support potential in an extended eldercare. It can be concluded that expanding the eldercare network, especially to the elderly more subject to enfeeblement, is a necessity. It is necessary to intensify actions so that the Primary Health Care teams feel themselves able to provide greater care to this public. The Matrix support tool is one of the possibilities which contribute to expand the elderly healthcare. It must be also emphasized the necessity to provide for the creation of other services, regarding the rapid aging of our population.

Keywords: Elderly Health; Collective Health; Health Management; Integrality; Healthcare; Matrix support; Health Unic System; Elderly.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABS – Atenção Básica da Saúde

AM – Apoio Matricial

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CA – DST – Centro de Atenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis

CAPS - AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CMEs – Centros Municipais de Especialidades

CnR – Consultório na Rua

COGER – Colegiado Gestor Regional

CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doença Cérebro Vascular

ESF – Estratégia Saúde da Família

GAS – Gerência de Atenção à Saúde

GRCA – Gerência de Regulação, Controle e Avaliação

GVS – Gerência de Vigilância em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa permanência

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pronto Atendimento

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNSPI – Política Nacional da Pessoa Idosa

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SEGES – Secretaria de Gestão Estratégica

SEMUS/PMV – Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória

SG – Síndromes Geriátricas

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREG – Sistema Regulação e Consultas e Exames de Especialidades

SOE – Serviços de Orientação ao Exercício

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UP – Unidade de Produção

US – Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1 A ATENÇÃO BÁSICA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO E A EMERGÊNCIA DO CRAI.....</b>	<b>19</b>
1.1 OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE SEMUS/PMV.....	28
1.2 A IMPLANTAÇÃO DO CRAI COMO UM SERVIÇO PARA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	31
<b>2 APOIO MATRICIAL NA SAÚDE.....</b>	<b>36</b>
2.1 EXPERIMENTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NA SAÚDE DO IDOSO E SUA INSERÇÃO NO MUNICÍPIO.....	45
2.2 AVALIAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM UM ANO DE FUNCIONAMENTO: UM RECORTE NECESSÁRIO.....	52
2.3 AMPLIAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E SUA EFETIVAÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE VITÓRIA.....	55
<b>3 O PERFIL DO IDOSO FRÁGIL.....</b>	<b>61</b>
3.1 A ESCOLHA PELO IDOSO FRÁGIL E O ACESSO AO CRAI.....	65
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>69</b>
4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	69
4.2 RESULTADO DA PESQUISA.....	71
<b>4.2.1 Perfil dos idosos encaminhados.....</b>	<b>72</b>
a) Quanto a UBS de Origem.....	72
b) Quanto a Faixa etária.....	73
c) Quanto ao Gênero.....	75
d) Quanto aos motivos dos encaminhamentos.....	76
<b>4.2.2 Discussão sobre as categorias de análise: origem do encaminhamento, idade, gênero, e motivo dos encaminhamentos.....</b>	<b>78</b>
<b>4.2.3 Discussão sobre o apoio matricial em relação à demanda que acessou o serviço, conforme análise do instrumento de pesquisa e</b>	

**entrevista com os profissionais do CRAI, referente ao período de 2013..... 84**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 91**

**REFERÊNCIAS..... 95**

## INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil a partir da Constituição de 1988 passou a ser direito do cidadão e dever do estado, tendo sido organizada posteriormente como um Sistema Único de Saúde (SUS). Essa conquista se deve a vários fatores históricos determinantes, como a luta dos movimentos sociais e a reforma sanitária. Após a implantação do SUS, a saúde deixa de ter um caráter contributivo e passa a ser universal com uma forma de acesso hierarquizada.

O modo como o sistema de saúde está organizado compreende três níveis de atenção: a atenção primária, a atenção secundária e a atenção terciária. Ocorre que esse modo hierarquizado do sistema muitas vezes dificulta o acesso da população aos serviços de saúde, o que compromete a proposta do SUS em seu caráter de universalidade e integralidade. Como alternativa de diminuir o efeito da hierarquia do sistema e facilitar o acesso da população a saúde, surge a ferramenta do Apoio Matricial (AM) como proposta de intervenção que propõe alterar a noção tradicional de referência e contrarreferência que vigora no sistema de saúde. A proposta é o estabelecimento de vínculo entre o usuário e equipe de referência que possa facilitar os serviços, através dos fluxos de acesso, se contrapondo aos encaminhamentos de referência e contrarreferência.<sup>1</sup> O AM visa alterar a tradicional noção de referência e contrarreferência, não mais existindo encaminhamento e sim a construção de um desenho de projeto terapêutico que serão realizados em conjunto com as duas equipes de trabalhadores da saúde.

O AM se constitui como uma estratégia para transformar a lógica da gestão e atenção na saúde, superando o modelo ainda hegemônico, calcado em um sistema de poder altamente verticalizado, com a tomada de decisões centralizadas que tende a estimular a desresponsabilização entre parte dos trabalhadores da saúde. Esta nova tecnologia sugere desconstruir a forma de organização dos processos de trabalho centrados em procedimentos, defendendo uma forma de intervenção voltada para produção de saúde. (CAMPOS, 1999, p. 395).

---

<sup>1</sup> Referência e contrarreferência é uma forma de organização que o Sistema Único de Saúde/SUS utiliza para que a população tenha acesso aos serviços em todos os níveis da atenção. Este sistema é organizado de maneira hierarquizada, através de três níveis: primário, secundário e terciário, sendo o usuário encaminhado para os serviços conforme a demanda de saúde apresentada. (DIAS, 2008)

Essa forma de intervenção propõe ainda modificações dos níveis hierárquicos nos sistemas de saúde, onde o apoiador matricial integra-se organicamente a várias equipes que necessitem do seu saber especializado. Objetiva também produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões, além da retaguarda assistencial para manejo clínico das intervenções realizadas nos territórios de saúde. O Apoio Matricial propõe um novo modo de produzir saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como proposta qualificar as ações desenvolvidas pelas equipes na Atenção Básica à Saúde (ABS) da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Apoio Matricial no Brasil surgiu a partir da necessidade de fortalecer a Atenção Básica, pois com o advento da reforma psiquiátrica era preciso dar suporte às equipes da ESF para que elas conseguissem articular o cuidado em saúde mental à Atenção Básica (DIMENSTEIN, 2009), tendo como consequência uma maior resolutividade nas questões de saúde dos usuários do território.

Segundo relato de Cunha e Campos (2011), as primeiras experiências de Apoio Matricial ocorreram no SUS de Campinas-SP, a partir de 1989, onde havia dois serviços de saúde mental que funcionavam como ambulatório especializado, isto é, sem vínculo com o território, com encaminhamento de referência e contrarreferência. A partir de então, resolveu-se realizar a expansão e a descentralização dos dois serviços de saúde mental, que passaram a funcionar com oito equipes multiprofissionais, com psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros.

A primeira experiência do AM em Vitória/ES surgiu na Saúde Mental através da organização de equipes regionais com objetivo de ampliar os serviços de atenção oferecidos pela ABS. O AM na Saúde Mental propõe que a Atenção Básica assuma o cuidado integral no acompanhamento do usuário de saúde mental e quando necessário deverá acionar os serviços especializados da rede.

A partir dessa experiência em Saúde Mental, o AM foi proposto pela SEMUS/PMV para também ser desenvolvido na saúde do Idoso, com os objetivos de atender à



diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006, que propõe a ampliação do cuidado integral e integrado da saúde do idoso, e também ao Pacto pela Saúde em 2006, que determina a responsabilização do município para efetivação da Atenção Especializada de acesso às consultas e exames especializados.

Importante ressaltar que o Apoio Matricial na Saúde do Idoso foi desenvolvido através da equipe de profissionais do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), que possui a função de atender o idoso frágil do município de Vitória<sup>2</sup>. Para desenvolver essa nova forma de intervenção, a equipe do CRAI contou com a colaboração da referência técnica de Saúde do Idoso, da referência técnica de Saúde Mental e dos apoiadores de gestão da SEMUS/PMV. Além desses, também contribuiu para efetivação do AM na Saúde do Idoso, a consultoria da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que na ocasião prestava consultoria para Secretária Municipal de Saúde/SEMUS.

A metodologia do Apoio Matricial foi implantada pelo CRAI no final do ano de 2008, com o objetivo de oferecer retaguarda especializada tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico pedagógico às equipes de referência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no que se refere à saúde da pessoa idosa no município de Vitória. Desde então, a ação de Apoio Matricial passou a fazer parte do cotidiano das práticas que desenvolvo no CRAI.

Diante do exposto acima, o presente trabalho propõe o estudo do Apoio Matricial na saúde do idoso desenvolvido pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI). A proposta do estudo surgiu a partir da minha atuação como profissional do CRAI, no qual desenvolvo a função de Assistente Social e Apoiadora Matricial junto ao corpo técnico da equipe interdisciplinar desse serviço.

---

<sup>2</sup> A noção de idoso frágil está sendo utilizada neste trabalho tendo como referência as definições efetuadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2528/2006), a saber: “Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabiamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demências e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros - encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.”.

Portanto, sinto-me provocada e me faço a seguinte indagação a respeito do efeito do Apoio Matricial na Atenção Básica: Como a ferramenta do Apoio Matricial pode contribuir de forma potente para o fortalecimento das equipes da Estratégia de Saúde da família (ESF) no atendimento ao idoso na Atenção Básica?

Para responder à indagação, dividiu-se o presente trabalho em quatro partes. Na primeira, é desenvolvido um estudo sobre a Atenção Básica à Saúde, com a finalidade de entender como a saúde se organiza a partir deste modelo de atenção, apontando o papel da Atenção Básica como principal porta de entrada para o sistema, a partir do primeiro contato do usuário para o acesso aos serviços na rede. Apresentamos também um relato histórico da implantação do CRAI, como um serviço da rede municipal de Vitória voltado para o atendimento do idoso frágil.

Em um segundo momento é descrito sobre o Apoio Matricial com a intenção de entender como esta metodologia intitulada de tecnologia de gestão se apresenta nos processos de trabalho em saúde. Em seguida, relatamos a respeito da experimentação e inserção do AM na Saúde do idoso, a partir da avaliação e ampliação do AM da saúde do idoso no município de Vitória.

Em um terceiro momento, analisamos o perfil do idoso frágil do município de Vitória, com a finalidade de caracterizar o usuário prioritário para intervenção no CRAI e no AM.

No quarto momento apresentamos a metodologia utilizada nesta dissertação, a fim de identificar o caminho percorrido para tornar possível a realização dessa pesquisa. Para isso foi formulado um instrumento de pesquisa e uma entrevista com os profissionais da equipe básica do CRAI composta pelo médico, enfermeira e assistente social. Apresentamos também as análises dos dados produzidos nesta pesquisa, na qual é identificado e construído um perfil dos idosos a partir do levantamento dos encaminhamentos das unidades básicas de saúde, e ainda realizada uma entrevista com os profissionais que acolhem a demanda, com objetivo de identificar se o Apoio Matricial contribuiu para a qualificação da demanda proveniente da Atenção Básica.

Ao desenvolver este trabalho a respeito do AM na Saúde do Idoso acredito ser possível contribuir para um jeito novo de fazer saúde, principalmente por entender que a saúde do idoso não pode mais ser colocada em segundo plano. Dessa forma, o AM pode ser uma das alternativas encontradas para modificar de forma potente a saúde do idoso no município de Vitória.

## **1 A ATENÇÃO BÁSICA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO E A EMERGÊNCIA DO CRAI**

Neste estudo sobre a saúde do idoso e Apoio matricial se faz necessário descrever o percurso histórico da Atenção Básica à Saúde (ABS) em um contexto mais amplo, com intuito de compreender o funcionamento do serviço, assim como o acesso do idoso aos serviços ofertados na rede do município de Vitória.

Ao fundamentar sobre a Atenção Básica à Saúde (ABS), também denominada Atenção Primária à Saúde (APS), é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) na sua constituição compreende três níveis de atenção, quais sejam: Primária, Secundária e Terciária. O nível da atenção primária compreende as Unidades Básicas de Saúde, o nível da atenção secundária é o responsável pela Atenção Especializada, o qual compreende as consultas de especialistas e exames especializados, e o nível de Atenção Terciária é o responsável pela Alta Complexidade, a rede hospitalar. (MENDES, 2011).

Neste tópico será abordada a Atenção Básica à Saúde (ABS), responsável pelo principal acesso do usuário ao sistema. Importante destacar que a ABS é a porta de entrada dos usuários para o sistema, e quando necessitam de serviço especializado são encaminhados através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para outros serviços da rede.

A autora Starfield (2002) defende que o primeiro contato do usuário com a ABS<sup>3</sup> deve ser a principal porta de entrada no sistema de saúde, para que o usuário possa por meio da consulta de um médico ou de outro profissional da saúde ter acesso ao serviço e, se necessário, seja encaminhando para outro serviço da Atenção à Saúde.

Em sua obra, a autora ainda aborda a importância da acessibilidade na ABS, na qual diferencia o acesso sócio organizacional do acesso geográfico. O acesso sócio organizacional se refere às particularidades de recursos que facilitam ou dificultam o

---

<sup>3</sup> Starfield (2002) trabalha com a nomenclatura APS. Neste trabalho optamos por usar o termo ABS, por ser a nomenclatura corrente no Brasil e na rede de saúde de Vitória/ES.

ingresso do usuário ao atendimento. Já o acesso geográfico se refere à distância e ao tempo esperado para alcançar os serviços desejados. A proposta é que o usuário possa ter um fácil acesso à organização dos serviços de saúde, onde possa ter um profissional para ouvi-lo e orientá-lo quanto ao atendimento necessário, sendo denominado este primeiro acesso como “Porta de Entrada”.

A ABS possui a função de ser a porta de acesso para as novas necessidades e problemas de saúde, se caracteriza como um elo entre os demais níveis do sistema. Desenvolve o papel de abordar os problemas mais comuns na comunidade e, por sua vez, oferece serviços de prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de um trabalho em equipe para melhorar a saúde da população. Este nível da atenção é o responsável por formar a base e coordenar o cuidado juntos aos outros níveis do sistema.

No entanto, é na ABS que surgem os problemas mais comuns e menos definidos, pois, como já citado, é a porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas. A atenção básica providencia ainda o acompanhamento da saúde sobre a pessoa, com enfoque que vai além dos aspectos biológicos, valoriza os aspectos sociais, ambientais e no decorrer do acompanhamento oferece atenção para as condições adversas encontradas. A ABS é a responsável por organizar todos os recursos, tanto da ABS como da Atenção Especializada, considerando que estes recursos devem sempre estar voltados para promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002)

Para Starfield (2002), todo sistema de saúde possui duas metas que devem ser alcançadas, a primeira é a otimização da saúde no sentido de oferecer conhecimento para encontrar a melhor forma de lidar com as doenças. A segunda é diminuir as desigualdades entre os diferentes grupos da população de forma a tornar o acesso à saúde mais equânime, com objetivo de alcançar um bom estado de saúde.

Neste contexto, devido às grandes disparidades sociais e de saúde vividas na maioria dos países, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Carta de Lubiana de 1996, adotou um conjunto de princípios para construção da Atenção

Básica à Saúde. Estes princípios são baseados em valores que primam pela dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; proteção e promoção da saúde; a participação dos cidadãos nos serviços de saúde e também a responsabilidade por sua própria saúde; a qualidade dos serviços com relação a custo e efetividade; financiamento sustentável, cobertura universal e o acesso equitativo; direcionada para a atenção primária à saúde. A Europa adotou estes princípios em 1996. (STARFIELD, 2002)

Outros dois marcos importantes na construção da ABS para reorganização dos serviços de saúde são o relatório Dawson de 1920, na Grã-Bretanha, e a Declaração de Alma Ata, de 1979. O primeiro tratava da reorganização da rede de saúde, propondo três níveis de atenção à saúde, os centros de saúde primários, no qual foi formulado também o conceito de regionalização, os centros de saúde secundários e os hospitais escola. No segundo, Declaração de Alma Ata de 1979, foi firmado um consenso sobre a definição da Atenção Primária à Saúde como estratégia para organização dos sistemas nacionais de saúde. A conferência de Alma Ata atribuiu componentes fundamentais para o desenvolvimento da atenção primária à saúde, como a educação em saúde, o saneamento ambiental, os programas maternos infantis, a prevenção de doenças locais, o tratamento a doenças e lesões comuns, o fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção de boa alimentação, e a medicina tradicional. (STARFIELD, 2002)

No Brasil, a história da ABS está relacionada às mudanças que aconteceram a partir da reforma sanitária pelos profissionais da saúde e intelectuais, o debate acontecia em meio a um contexto histórico que favorecia as discussões quanto à ausência de políticas públicas que atendessem o setor saúde. Após a promulgação da constituição de 1988, através da conquista dos movimentos sociais, o cidadão passou a ter a saúde como direito e não mais como uma política contributiva. A partir da década de 70, esse modelo se configura como um modelo em crise, caracterizado por profundas desigualdades das condições de saúde da população e por pouca oferta de serviços de saúde. Esse modelo se apresentava com baixo resultado, tanto financeiro, quanto da qualidade na saúde, e ainda com excessiva especialização dos profissionais e serviços, o que ocasionou a perda da dimensão

cuidadora, e, por consequência, a saúde como produto de mercado. (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007)

Nesse momento histórico havia uma ampla discussão internacional sobre propostas que visavam modificar os sistemas de saúde. Em 1977, ocorreu a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, como resultado desta reunião surgiu a declaração conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. Essa declaração foi fundamental para o consenso de Alma Ata, realizada em 1978, na qual foram também firmados os princípios para a atenção primária à saúde. (STARFIELD, 2002)

Nesse contexto, o debate sobre a crise do modelo biomédico, junto à possibilidade de compreender o processo saúde-doença, contribuiu para formulação de novas propostas para organização dos serviços de saúde. O movimento da reforma sanitária iniciado na década de 70 foi determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde, e, como consequência, contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, na qual a saúde foi declarada como direito do cidadão e dever do estado. Após a criação do SUS, no início dos anos 90, foi criada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, e diversas Portarias pelo Ministério da Saúde para efetivação da reforma da saúde no Brasil. (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007)

Apesar do surgimento do SUS em 1988, no início da década de 90 o país ainda não contava com um modelo de atenção à saúde que respondesse às necessidades da população com garantia de cobertura adequada, e, além disso, o setor de saúde ainda se encontrava em crise devido ao seu sistema de financiamento.

Por outro lado, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs), criado em 1991, alcançou resultados positivos com a diminuição da mortalidade infantil e materna. O Programa começou nos estados da região nordeste, e tinha por finalidade realizar ações de informação e educação em saúde na área materno infantil, para essa função eram recrutadas pessoas da própria comunidade. A partir do bom resultado dessa experiência, passou a ser pauta do Ministério da Saúde a implantação de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do Pacs e criar condições para sua expansão.

A partir de 1994 o Ministério da Saúde efetivou a proposta de criação do Programa de Saúde da Família (PSF), possuindo como marco a promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações da saúde. O PSF possui como objetivo fortalecer a Atenção Básica, porém somente em 2006 o Brasil aprovou através da portaria nº 648 /GM a Política Nacional de Atenção Básica com as diretrizes e normas para organização da ABS para o Programa Saúde da Família (PFS).

A partir dessa Política, fica claro o papel da Atenção Básica no âmbito individual e coletivo, quanto às suas atribuições no que se refere à promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde, sendo responsável pelo diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, conforme a Portaria nº 648/GM.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ABS é regulada pelos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalidade, à integralidade e à participação popular. O princípio da universalidade é a garantia dos cidadãos ao acesso as ações e serviços de saúde públicos e privados conveniados em todos os níveis do sistema. O princípio da integralidade se refere à garantia do acesso a todos os níveis da atenção dos serviços preventivos e curativos, no âmbito individual e coletivo, o qual deverá oferecer condições de atendimento de acordo com as necessidades do cidadão. O princípio da participação popular está voltado para a garantia da participação da população por meio das entidades civis que a representa, com objetivo de contribuir para formulação de políticas de controle social. (BAPTISTA, 2007)

A Atenção Básica à Saúde se constitui como porta de entrada para os serviços de saúde e conforme está estabelecido na política é neste nível da atenção que o usuário será acompanhado de uma forma longitudinal.

[...] A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas



quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006e)

A política da ABS estabeleceu dentre outras prioridades a saúde do idoso, ao apontar a importância das mudanças físicas consideradas normais, e identificar precocemente as alterações patológicas. Aborda também sobre a necessidade de orientar a comunidade e a família quanto aos fatores de risco aos quais os idosos podem estar expostos, orientar ainda sobre as formas de eliminar ou minimizar tais fatores. (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com objetivo de qualificar a ABS, e, assim, reverter o enfoque curativo em um modelo preventivo, coletivo com territorialização democrática, com características voltadas para um atendimento congruente com os princípios e diretrizes do SUS, centrado no cidadão. Características essas que são fundamentais para mudança do paradigma na saúde.

Nesse contexto, a organização da ABS introduziu outra forma de intervenção ao priorizar o vínculo com a comunidade, numa perspectiva voltada para prática no modelo de vigilância em saúde, no qual utiliza como estratégia de intervenção a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e de acidentes, e a atenção curativa.

Para Mendes (1996, p. 249), a prática sanitária da vigilância em saúde para ser efetivada necessita ser vista sob três pilares básicos: o território, os problemas de saúde, e a intersetorialidade. É importante ressaltar que a noção de território nessa perspectiva vai além do conceito geográfico, a proposta é a concepção de território-processo, passando a instituir-se como território de vida pulsante de conflitos de interesses econômico, político, cultural e sanitário, além de projetos e sonhos.

O modelo de vigilância em saúde possui como proposta a reorganização das práticas de saúde no nível local, com características voltadas para intervenção sobre

os problemas de saúde da população, inclui o acompanhamento de caráter contínuo, com implantação do conceito de risco, e as articulações entre as ações de promoção, prevenção e curativas, o qual visam desenvolver um trabalho de forma intersetorial junto ao território. (PAIM, 2009, p. 78)

De acordo com Coelho (2010, p. 30), esse de modelo de saúde que foi adotado na maioria dos municípios brasileiros a partir da década de 90, apresentou como pilares a territorialização, a epidemiologia e o planejamento estratégico, a interdisciplinaridade e a participação social para organização das unidades de saúde e das práticas assistenciais, de acordo com os seguintes aspectos:

- a) Um processo de **territorialização** (denominado distritalização), com definição clara de populações a serem cobertas por um determinado leque de serviços que incluíam todos os níveis assistenciais. Unidades básicas de saúde se articulariam com unidades secundárias e terciárias de forma a constituir uma rede de serviços com capacidade de ofertar todos os níveis de atenção, dando conta assim da integralidade das ações para o conjunto desta população definida;
- b) Utilização da **epidemiologia** e do **planejamento estratégico** se constituíam nas principais ferramentas para definir tanto as prioridades em termos de ações de saúde a serem implementadas, quanto os Investimentos a serem feitos na ampliação ou remodelagem da rede de serviços. Estas duas ferramentas permitiriam, segundo os defensores da proposta, superar as dicotomias existentes entre atenção espontânea às demandas da população e os programas tradicionais (hanseníase, tbc, hipertensos, etc.), possibilitando assim uma melhor definição do objeto de ação (riscos individuais e coletivos e os determinantes sociais dos processos saúde-doença);
- c) A **interdisciplinaridade** e a **participação social** permitiriam os sujeitos deste processo (equipe de saúde e população) pudessem não apenas eleger e legitimar prioridades, mas também agir sobre as mesmas de forma coordenada, através de intervenções específicas sobre o território e sobre grupos populacionais específicos. (grifo nosso)

Dessa forma, a ESF está ancorada no paradigma da produção social da saúde e na prática da vigilância em saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, evidenciando-a como resultado dos modos de organização da produção do trabalho e da sociedade em determinado momento histórico. (COELHO, 2010)

De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2012, p.804), a ESF é definida como,

Um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias, ações, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das

equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência a saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto sócio econômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

A Estratégia Saúde da Família é composta por uma equipe multidisciplinar, quais sejam: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, posteriormente o dentista também passou a compor as equipes da ESF. As diretrizes para efetivação da ESF priorizam o vínculo, o acolhimento e o cuidado dentro do contexto de uma atenção humanizada, reforça ainda a construção de uma gestão compartilhada do cuidado que implica o fortalecimento de uma rede de compromisso e responsabilidade, assumida pelos gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e comunidade em geral, conforme diretriz da Política de Atenção Básica da Saúde, instituída pela Portaria n° 648/GM de 2006.

O município de Vitória, em 1997, ao implantar a ESF, também adotou o modelo assistencial voltado para vigilância em saúde, e em 2003 implantou as equipes de saúde bucal para compor as equipes da ESF (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2003). Importante salientar que o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), foi criado em 1995, antes mesmo da implantação da ESF, com a missão de oferecer atendimento à população idosa que apresenta doenças específicas do processo de envelhecimento e capacidade funcional comprometida; com atuação especializada se situa na Atenção Secundária e está integrado com a Atenção Básica. Ressalta-se que no início o CRAI funcionava como porta de acesso do idoso na rede de saúde do município de Vitória, atendia também idosos de outros municípios do estado.

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica junto às equipes de Saúde da Família, a rede de saúde de Vitória incluiu profissionais de outras áreas, como assistente social, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo, técnico esportivo e médicos ginecologistas. A inclusão destes profissionais se deu por meio do formato de uma equipe ampliada, estes profissionais passaram a compor as equipes através da presença de um profissional de cada categoria por unidade de saúde, com objetivo de contribuir na qualificação à assistência ao cuidado integral da população em geral.

Muitas ações foram implantadas com objetivo de melhorar os problemas enfrentados para viabilização da saúde pública no Brasil. O Pacto pela saúde no ano de 2006, nas dimensões do pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão, assinado em 2008 e assumido pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (SEMUS/PMV), foi uma dessas ações com o compromisso de qualificar e ampliar a oferta de serviços, assim como a efetivação das diretrizes na construção do SUS. (MADUREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2012)

O Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, foi um compromisso assumido entre os gestores do SUS voltado para prioridades que impactassem sobre a situação de saúde da população brasileira. Essa ação também foi um marco importante para a saúde do idoso, pois pela primeira vez é admitida como prioritária na saúde pública brasileira. A partir do Pacto pela Saúde, a SEMUS/PMV passou a assumir os serviços de média complexidade, com intuito de organizar e garantir o acesso dos usuários a exames e consultas especializadas existentes em Vitória.

Importante lembrar que em 2006 foi implantada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nesse mesmo ano foi também lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com diretrizes básicas na qual visava a garantia da integralidade no atendimento ao idoso. (MADUREIRA, BISSOLI, 2014, p.136)

A PNSPI, de acordo com a diretriz na qual se refere à atenção integral e integrada à Pessoa Idosa, afirma a necessidade de implantar uma linha de cuidados para o acompanhamento da saúde do idoso, estabelecendo fluxos com objetivo de facilitar o acesso do idoso em todos os níveis de atenção. Para efetivação dessa política se faz necessário o envolvimento dos profissionais da ABS junto às equipes da ESF, com a finalidade de melhoria da qualidade e o aumento da resolutividade na saúde do idoso. Além disso, para viabilizar a atenção à saúde do idoso essa política propõe a utilização de instrumentos para avaliação da capacidade funcional e psicossocial, com objetivo de identificar os idosos frágeis do território.

Em Vitória, a ESF teve um papel fundamental na reorganização e consolidação dos serviços de saúde, porém foi necessário reestruturar a rede para o atendimento ao

idoso. De acordo com a reorganização dos serviços, o CRAI se configurava como um ponto de atenção à saúde do idoso, com a responsabilidade de oferecer serviços, conforme estabelecia as diretrizes da PNSPI com intuito de garantir a integralidade do atendimento ao idoso.

Diante disso foi preciso reorganizar as práticas que o CRAI desenvolvia, principalmente em relação à ABS, de forma a promover a corresponsabilização no cuidado do idoso e estreitar o vínculo com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Objetivava também desconstruir a lógica do encaminhamento da referência e contrarreferência, pois isso contribuía para burocratizar e dificultava o acesso do idoso nos serviços de saúde. (MADUREIRA, BISSOLI, 2014, p. 137).

Nessa reorganização das práticas do CRAI, o arranjo do Apoio Matricial foi a ferramenta utilizada pela rede SEMUS/PMV para qualificar o atendimento do idoso no município, com objetivo de fortalecer a Atenção Básica. Essa ferramenta foi baseada na experiência do Apoio Matricial em Saúde mental da SEMUS/PMV, com organização de equipes regionais que tinham como objetivo ampliar a rede de serviços através da atenção Básica. Assim, a partir de discussões com a equipe do CRAI, com a área técnica da saúde do idoso, e com representantes da SEMUS/PMV, o Apoio Matricial na saúde do idoso foi elaborado e iniciou sua implantação no final de 2008, conforme será descrito no segundo capítulo do presente estudo.

## 1.1 OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REDE SEMUS/PMV

O sistema de saúde de Vitória se organiza a partir de bases territoriais e os serviços estão distribuídos sob uma lógica de territorialização com delimitação de áreas de abrangência, conforme previsto no Plano Municipal de Saúde de Vitória do período de 2008, 2014/2017. Importante ressaltar que a administração do sistema de saúde municipal há alguns anos adota o modelo de gestão participativa e compartilhada através de colegiados gestores de forma a desenvolver um trabalho de cogestão,

com a participação dos diretores e trabalhadores da rede. ( nota de rodapé explicando diferença entre co-gestão, gestão participativa e compartilhada)

O modelo de Atenção a Saúde está voltado para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na qual busca a integralidade do cuidado assim como a promoção do envelhecimento ativo. A proposta desse plano está voltada para a ampliação do acesso ao SUS, para a qualidade da atenção a saúde, com enfoque na humanização e no resgate da dimensão do cuidado em saúde na defesa da vida dos cidadãos. Neste contexto, a Vigilância em Saúde e a Saúde da família no município de Vitória constituem eixos estruturantes para o desenvolvimento dos serviços de saúde, no qual os serviços são desenvolvidos através dos profissionais de saúde e disponibilizados para a população idosa e todos demais ciclos de vida.

No momento o município conta com 79% de cobertura com unidades que possuem Estratégia de Saúde da Família, e 100% de cobertura de Atenção Básica. Dessa forma, a rede de saúde conta com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 Prontos Atendimentos (PA), 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Regulação, Consultas e Exames de Especialidades (SISREG), 01 Central de Transporte Sanitário, 02 Centros de Referência, 02 Centros Municipais de Especialidades (CME), 01 Laboratório Central, 01 Centro de Vigilância de Saúde Ambiental, 07 polos de academia, 16 Serviços de Orientação ao Exercício (SOE), 01 Serviço de Atenção a Pessoa em Situação de Violência, 01 Unidade de Vigilância sanitária (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 20013). Essas informações foram extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

A rede de saúde de Vitória se organiza por regiões, sendo elas distribuídas em seis regiões de saúde: Centro, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio, Continental e São Pedro. No que se refere à Atenção Básica, ela se encontra atualmente organizada em 30 Unidades Básica de Saúde (UBS), 23 possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), 04 Unidades Básicas de Saúde sem a ESF ou PACS, 03 UBS com programa de Agente Comunitário (PACS).

As UBS no município de Vitória são a principal porta de entrada dos idosos, onde são realizados os encaminhamentos para os demais serviços de atenção, como os exames e consultas especializadas. As UBS também ofertam consultas com profissionais da área de saúde tais como: médicos, enfermeiros, dentistas, atendimento do serviço social e psicologia, orientação com educador físico, serviço de farmácia/medicação, vacinação, coleta de exames. Além de ofertarem atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, procedimento de enfermagem e vigilância ambiental e epidemiológica.

Na rede de Atenção Básica do município existem ainda duas Equipes de Consultório de Rua (CnR), que são responsáveis pelas pessoas que se encontram em situação de rua, abarcando também as pessoas idosas. No momento a PMV, com objetivo de qualificar a Atenção Básica decidiu pela implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF, as equipes serão construídas por profissionais em grande parte já lotados e em atuação nas Unidades de Saúde da família. Esta ação encontra-se em fase de implantação. Cabe destacar que, em Vitória, o AM não emergiu em decorrência da implementação do NASF. O NASF é uma criação recente da atual gestão municipal.

Em relação à Atenção Especializada, o referido município oferta serviços de Média e Alta complexidade Ambulatorial, a qual busca garantir a integralidade do cuidado em saúde. O acesso para o idoso aos exames e consultas especializados é realizado pelas UBS de referência, encaminhadas e marcadas através do Sistema de Regulação (SISREG). O município conta ainda com uma rede de Atenção às Urgências e Emergências, possui como ponto de atenção dois Prontos Atendimentos (PA), O PA da Praia do Sua e o PA de São Pedro, tais serviços funcionam 24 horas.

A Atenção especializada conta com 06 serviços do tipo ambulatoriais especializados, quais sejam: 02 Centros Municipais de Especialidades (CMEs) em diferentes regiões, 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estes estão localizados e vinculados administrativamente junto aos CMEs, que ofertam atendimento na área endodontia, periodontia, prótese dentária, entre outras.

Os idosos também podem acessar os outros serviços da Atenção Especializada quando necessário, tais como: o Centro de Atenção Psicossocial Transtorno (CAPS), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS – AD) e o Centro de Atenção de Doenças sexualmente Transmissíveis (CA – DST).

Na Atenção Especializada o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) se destaca como um serviço especializado em geriatria e gerontologia, voltado para o idoso frágil acima de 60 anos, que apresenta comprometimento da capacidade funcional, consoante será estudado no tópico a seguir.

## 1.2 A IMPLANTAÇÃO DO CRAI COMO UM SERVIÇO PARA O IDOSO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Em 1995 foi criado o Centro de Referência de Atendimento ao idoso (CRAI) com recursos próprios do município de Vitória, antes de organizar a Atenção Básica no modelo de Estratégia de Saúde da Família. Importante ressaltar que a PMV a partir de 1997 iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família e passou a adotar o modelo assistencial voltado para a vigilância em saúde. (MADUREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2012, p. 180).

Segundo Teixeira et al. (apud, CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 90), o modelo de vigilância em saúde prioriza o trabalho em saúde a partir da territorialização, da localização sócio-político-geográfica e permite também a compreensão dos problemas de saúde conforme o modo de condições de vida e ao acesso às ações e serviços de saúde.

Na sua implantação o CRAI foi formado por uma equipe multiprofissional composta por médico geriatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e atualmente outros profissionais passaram a compor a equipe como, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista.



No primeiro momento tinha como objetivo atender às necessidades da população idosa com 60 anos ou mais, não só do município de Vitória, mas de todo estado. O CRAI também promovia a implementação das políticas para o idoso, assim como atendia às reivindicações dos grupos de idosos da cidade, pois o serviço criado era porta aberta, não precisava de nenhum encaminhamento, bastava o idoso se dirigir ao CRAI que o atendimento era realizado. Posteriormente, o acesso passou a contar com um encaminhamento de qualquer serviço privado ou público.

A partir da implantação e organização dos serviços com o novo modelo de atenção à saúde que foi criado, o idoso devia ser atendido pela Atenção Básica, considerando que os serviços se organizavam para dar conta da população de seu território. Assim, o idoso era atendido através da equipe da ESF, o que significava que a ABS atenderia todos idosos do município e encaminharia ao CRAI somente aqueles que apresentassem alguma doença do processo de envelhecimento, mais especificamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Neste contexto, os serviços de saúde do município buscaram organizar uma rede de atenção à saúde do idoso com objetivo de atender na sua integralidade, assim como realizar um atendimento preferencial a este público. (MADUREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2012). No entanto, a partir de 2008, com a reorganização da rede de saúde o critério de acesso foi novamente modificado, passando a priorizar o idoso frágil, munícipe de Vitória, que apresentasse alguma limitação da sua capacidade funcional e ou cognitiva, conforme estabelecido na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria n. 2528/2006). O idoso seria avaliado pela equipe de saúde da ESF de seu território e encaminhado para o acolhimento no CRAI.

O sistema de regulação SISREG foi implantado no município em 2008, por meio de parceria com o Ministério da Saúde em todas as unidades básicas de saúde com objetivo de estabelecer critérios de priorização dos agendamentos especializados (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2009b). Porém, os encaminhamentos para o CRAI passaram a ser regulados pelo sistema de regulação/SISREG somente a partir do ano de 2012, até então a própria equipe do CRAI era quem fazia o acolhimento dos encaminhamentos efetuados pelas UBS. Este acolhimento tinha um

caráter de regulação, pois naquele momento o idoso quando não era acolhido pelo CRAI era referenciado para algum outro serviço ou para UBS de origem. No entanto a equipe não acompanhava este retorno, ou seja, não se sabia de fato o idoso seria ou não atendido. Após um estudo sobre a capacidade instalada do CRAI, as vagas de acesso passaram a ser regulado pela Gerência de Regulação, Controle e Regulação (GRCA) e não mais pela própria equipe. Esta mudança teve como objetivo ampliar o acesso do idoso à rede de atenção.

No decorrer desse processo a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e a Referência Técnica de Saúde do Idoso de Vitória realizaram reuniões com representantes do programa de saúde do idoso dos municípios da Grande Vitória. O objetivo destes encontros era informar sobre as mudanças que estavam sendo implantadas referentes ao atendimento no CRAI em relação aos idosos de outros municípios.

Nessas reuniões ficou acordado que Vitória manteria ainda o atendimento dos idosos de outros municípios que eram acompanhados no CRAI, porém a partir de 2008 não aceitaria no serviço novos encaminhamentos de idosos de outros municípios, pois a rede de saúde de Vitória se organizava para atender os idosos do seu território (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2007). Os serviços estavam sendo estruturados, assim como o CRAI o Centro Municipal de especialidades/CME, também estava sendo organizado para os atendimentos dos munícipes de Vitória.

Estava sendo construída uma rede de atenção ao idoso e era necessário qualificar o atendimento realizado na Atenção Básica. Neste processo a implantação do Apoio Matricial foi a ferramenta utilizada para qualificar o atendimento ao idoso junto com Atenção Básica. Naquele momento também se definia pelo atendimento prioritário aos munícipes de Vitória, em que estabelecia a responsabilidade dos outros municípios com seus cidadãos. No ano de 2008, a PMV/SEMUS, assinou o TCG, que vem a ser um termo de compromisso conforme descrito na citação,

[...] assinou o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), homologado pela Portaria Ministerial nº13/2008, onde pactua e formaliza a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS [...]. (CRUZ; WERNER, 2012, p. 244)

Foi neste processo que a Rede de Atenção ao Idoso em Vitória /ES começa a ser implantada. Assim, com a efetivação das diretrizes que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde, a partir do Pacto pela Vida de 2006, quando pela primeira vez a saúde do idoso foi contemplada como prioritária em uma política pública em âmbito nacional, tornando-se referência para as ações na atenção integral do idoso.

Anteriormente, a intervenção da SEMUS/PMV era realizada através de programas de forma verticalizada, com o nível central não tão presente nas UBS. Com o novo modelo proposto para garantir os princípios do SUS e as diretrizes da atenção primária quanto à intersectorialidade, a transversalidade e a promoção da saúde, a SEMUS fez mudanças na sua estrutura organizacional, visando à aproximação entre as áreas técnicas, como o apoio técnico do nível central e o território de saúde, assim como a integração entre a Gerência de Atenção à Saúde (GAS), a Gerência de Vigilância em Saúde (GVS), as outras gerências e as unidades de saúde, (CRUZ; WERNER, 2012, p. 251). Ressaltamos que a experiência de Vitória/ES foi percussora desta integração entre a GAS, a GVS e as demais gerências e UBS.

Essas mudanças resultaram em uma melhor articulação entre os serviços, assim como novas formas de intervenção foram criadas para reorganização do processo de trabalho dos técnicos da secretaria por ciclos de vida: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso, (CRUZ; WERNER, 2012, p. 252). Desta forma apostava-se em uma maior integração entre o território e as áreas técnicas de apoio, com objetivo de fortalecer os serviços.

Neste contexto essas mudanças estavam em acordo com o Plano Municipal de Saúde (2005 - 2008; 2009 - 2012), o qual elegeu como eixos norteadores,

[...] Desenvolvimento Sustentável com Inclusão Social, Democratização da Gestão Pública, Defesa da Vida e respeito aos Direitos Humanos. Nessa perspectiva, o município de Vitória se destaca por uma gestão pública voltada ao planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, com base na intersectorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna e externa da sociedade civil e dos movimentos organizados. (VITÓRIA, apud, CRUZ; WERNER, 2012, p. 244)

A rede de saúde se organizava e havia também a criação de colegiados gestores<sup>4</sup>, a qual tinha como objetivo a discussão dos processos de trabalho nas unidades. Ocorriam também as reuniões de equipe, nas quais era utilizado o método da roda que contava com a participação de apoiadores institucionais. Tal método significava uma forma de apoio à cogestão e tinha como objetivo ampliar a capacidade de gestão dos profissionais, propondo ainda a reconstrução do modo de fazer o trabalho onde se produz aprendendo. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com objetivo de fortalecer a Atenção Básica, o Apoio Matricial foi adotado pela SEMUS/GAS como um novo arranjo institucional para oferecer apoio especializado assistencial e técnico pedagógico às equipes de referência das unidades básicas de saúde. Em 2006 foi iniciado o Apoio Matricial em saúde mental e, posteriormente, em 2008 foi implantado o Apoio Matricial na saúde do Idoso, utilizando como referencial teórico as contribuições de Campos. (CRUZ; WERNER, 2012, p.255).

A SEMUS/PMV redefinia sua forma de intervenção quanto ao modelo de Atenção e de gestão da política de saúde do município. Para viabilizar as ações propostas contratou a consultoria da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com a qual objetivava reorganizar os processos de trabalho, sendo esta ação iniciada em março de 2008. Este processo contribuiu para efetivação da proposta inicial do Apoio Matricial na Saúde do idoso. (MADUREIRA; BISSOLI, p. 138).

Nesse sentido, havia o movimento do município de reorganização dos serviços de saúde junto às mudanças que aconteciam na SEMUS, e o CRAI não estava descolado desse processo. Diante disso, a referência técnica da saúde do idoso, em consonância com a Política Nacional da Pessoa Idosa, deu início nas reuniões de

---

<sup>4</sup> O Ministério da saúde conceitua colegiado gestor como: “um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas”. (BRASIL, 2004, p. 39)

equipe do CRAI a uma discussão sobre a proposta de implantação do Apoio Matricial na saúde da pessoa idosa, junto com a implantação da caderneta de saúde do idoso<sup>5</sup>.

## **2 APOIO MATRICIAL NA SAÚDE**

O Apoio Matricial na Secretaria Municipal de Saúde Vitória/ES surgiu como uma proposta de desenvolver uma nova forma de intervenção para dar suporte à Atenção Básica, principalmente para as equipes da ESF. As primeiras experiências no Brasil foram construídas através do Apoio Matricial em saúde mental e realizadas por profissionais da rede básica de Campinas, com objetivo de criar uma assistência mais ampliada e integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento de referência e contrarreferência. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008)

O Apoio Matricial (AM) possui na sua função assegurar tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. As equipes de referência são os profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família, visa assim uma construção compartilhada do cuidado no acompanhamento dos casos junto à Atenção Básica.

Os profissionais que desenvolvem esta função são chamados de apoiadores, consistem em especialistas que objetivam compartilhar conhecimentos com a equipe de referência contribuindo para a ampliação da sua capacidade de resolver os problemas. O compartilhamento pode se efetivar através da corresponsabilização pelos casos, que acontece através das discussões conjuntas junto aos atores envolvidos, comunidade, família e equipes de referência, e também na forma de supervisão e formação. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

---

<sup>5</sup> A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento proposto pelo Ministério da saúde que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. (BRASIL, 2007, p.10).

A Proposta do Apoio Matricial (AM) possui na sua função articular os cuidados através das equipes da Atenção Básica, sendo que para isso é necessário implantar estratégias de cuidados no território de forma integral, baseadas em novos saberes e valores culturais. Nesta perspectiva, o AM passa a dar suporte para as equipes da ESF, com o objetivo de fortalecer as ações na Atenção Básica. (DIMENSTEIN, 2009).

Para Campos (1999, p. 395), a proposta do AM é transformar a lógica da gestão e atenção na saúde para uma estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, sugere a criação de novos arranjos que possam produzir outra cultura e outras formas de trabalhar na saúde, diferentes daquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador.

Essa proposta está articulada às diretrizes de gestão e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes, possibilita, portanto, uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma série de autores clássicos como Donnangelo, Mendes Gonçalves e Luz (apud, CAMPOS, 1999).

A autora Domitti (2006) em seu estudo faz referência aos trabalhos de Campos (1999) no que se refere ao conceito de Apoio Matricial, constatando que esse conceito foi proposto dentro de uma linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Se apresenta como uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, com mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centro de regulação.

Ao explicar o conceito de Apoio Matricial, Campos e Domitti (2007) fizeram um detalhamento do termo Apoio Matricial, sendo este composto por dois conceitos operadores. O primeiro termo, apoio, representa um modo de trabalhar construído através de uma relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia que possa estabelecer relação entre referência e especialidade, sem que haja uma autoridade, e sim com base em um processo dialógico.

O termo apoio foi retirado do método Paidéia que, segundo Campos e Domitti (2007, p. 402), se trata de uma mudança de postura, onde o apoiador procura construir o trabalho de forma compartilhada com os outros profissionais que trabalham com o mesmo objetivo. Aproveitando-se tanto de propostas originárias de seu núcleo de saber, quanto de sua experiência e visão de mundo, e ainda aliando demandas trazidas pelos demais profissionais em função de interesses e visão de mundo diferente.

O segundo termo, matricial, sinaliza uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio, sugere que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical, como recomenda a tradição do sistema de saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007 p. 402). Isso representa uma forma de minimizar a rigidez dos sistemas de saúde, pois os sistemas de saúde brasileiros de maneira geral são muito rígidos em relação à hierarquização e regionalização, o que dificulta o acesso do usuário ao serviço.

Portanto, o Apoio Matricial possui a função de criar espaços coletivos que possibilitam a troca de diferentes saberes que, por sua vez, devem construir análises, assim como definir linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo. Este modo de operar o trabalho em saúde resulta num arranjo organizacional de gestão que busca diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da crescente especialização das áreas de conhecimento. (CAMPOS; DOMITTI 2007).

A autora Domitti (2006) também descreve a função do apoiador matricial como um profissional que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência. Estes possuem capacidade de agregar recursos com saberes para realizar intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe da atenção básica responsável pelo caso.

O Apoio Matricial possui um papel de construir e proporcionar espaço para a troca de conhecimento entre trabalhadores da equipe de referência e os apoiadores. Possibilita a construção de vínculo entre equipe de referência e apoiadores, favorecendo a interlocução entre profissionais de ambas as equipes. O AM tem

como proposta estimular e facilitar o contato entre os diferentes atores institucionais e possui função de qualificar e ampliar o acesso do usuário ao serviço, não deixando de cumprir as normas e os protocolos, como esclarece a autora Domitti (2006, p. 20) na citação a seguir:

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrareferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador.

Porém o regulador à distância, quando o caso não foi discutido na reunião de AM teria um papel de acompanhar e avaliar a necessidade de inclusão do caso de imediato e de tomar decisões em situações de urgência, quando não houvesse tempo para estabelecer o contato entre referência e apoio. No caso do CRAI, a função do regulador foi estruturada dessa forma, ou seja, de avaliar o acesso imediato em uma situação de urgência, e quando não urgente o caso é encaminhado para discussão com a equipe na reunião do AM. O que torna o AM personalizado de forma a facilitar o acesso do usuário, porque esse retorno possibilita a construção de vínculo com a equipe de referência.

Ainda com as contribuições de Domitti (2006) em relação aos encontros de AM, a autora aponta a importância de estabelecer uma agenda de encontros com as equipes de referências e apoiadores. Após combinar os encontros de forma periódica e regulares entre equipe de referência e apoiadores, a equipe de referência deve selecionar quais casos ou problemas de saúde serão discutidos pelo apoio com objetivo de elaborar um projeto terapêutico<sup>6</sup>.

Essa autora orienta ainda que, caso haja alguma demanda de urgência para discussão, a equipe de referência pode acionar o apoio de uma forma mais

---

<sup>6</sup> Trata-se de uma discussão prospectiva de caso, em que, depois de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade compartilhada, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405)



personalizada, por meio eletrônico ou telefone, de maneira a quebrar a lógica da hierarquização burocrática. Nessas situações deve-se realizar uma avaliação de risco, para programar uma agenda possível.

O CRAI, após um percurso para encontrar a melhor forma de execução do AM, adotou-o por meio de encontros programados e por demandas, conforme proposto por Domitti (2006). Assim, essa forma de intervenção do AM contribuiu para maior aproximação com a ABS e também na organização do processo de trabalho do serviço.

Para os autores Bezerra e Dimenstein (2008) e Dimenstein (2009) há um estímulo para haver uma responsabilização mútua entre os casos acompanhados nos territórios pelas equipes envolvidas, onde o Apoio Matricial exerce um papel regulador de fluxos entre as unidades básicas de saúde e os serviços especializados. Possibilita ainda diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pelo apoio e os que podem ser acompanhados pela ESF.

Ainda para estes autores acima referidos, o AM possui uma potencialidade para criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento, reforçada pela presença fragmentada baseada nos conhecimentos especializados e em especialismos. Esta lógica do encaminhamento torna impessoal o acesso do usuário e desresponsabiliza o profissional que o acompanha. O apoio possibilita a quebra da barreira do encaminhamento, proporciona uma discussão de caso através das equipes do AM com as equipes da ABS. Propõe uma prática baseada em um acompanhamento ao longo do tempo, ou seja, de uma maneira longitudinal, semelhante ao preconizado para as equipes de saúde da família (STARFIELD, 2002). Proporciona também a construção de vínculo junto a ABS.

Assim, o apoio possibilita a construção da clínica ampliada, cuja função é de acompanhar o sujeito a partir de uma escuta qualificada de forma integral. De acordo com o Ministério da Saúde,

[...] Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo

com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado. (BRASIL, 2010).

Ao fazer escolha pela clínica ampliada será necessário realizar uma avaliação do usuário dentro do seu contexto social como um todo. Responsabilizando-se, dessa forma, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários (GOMES, 2006).

Dessa forma, o Apoio Matricial tende a valorizar a prática terapêutica no âmbito do território, lembrando que o conceito de território aqui afirmado é aquele que vai além da questão geográfica, considerando as dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais, envolvendo assim os sujeitos dessa história e estimulando ações para promoção da saúde, conforme relatam Mielke e Olchowsky (2010).

Importante ressaltar que no estudo de Mielke e Olchowsky (2010) foi descrito que o usuário nunca deixará de pertencer a equipe de referência, mesmo quando este for atendido pelo serviço de Apoio Matricial durante o tempo de tratamento, bem como a a responsabilidade principal, mas não única, pela condução do caso continua a ser da equipe de referência, deixam de existir encaminhamentos e passam a ter projetos terapêuticos que serão realizados em conjunto com a ABS, passando a existir um compartilhamento na atenção à saúde.

Com isso o profissional da equipe matricial pode atender o usuário no seu espaço de cuidado e território, tendo conhecimento anterior da situação durante os momentos de diálogo com a equipe de referência, o que resulta em um direcionamento do atendimento.

Em outro estudo, Cunha e Campos (2011) fazem uma reflexão de como os conhecimentos são conduzidos pelos profissionais nos serviços de saúde, apontam que na academia essa disputa é mais frequente, havendo até animosidade entre as áreas e especialidades dentro das profissões. A tendência é que o profissional

passar a lidar e resolver problemas preferencialmente em relação ao núcleo do seu saber.

Tais autores utilizaram como ferramenta conceitual para transformação do conhecimento do modo de produzir saúde, o conceito de núcleo e campo de conhecimento. Eles sugerem ser necessários uma apropriação dos conceitos de “núcleo” e de “campo do conhecimento”, conforme descrevem abaixo,

[...] o núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade. Já o campo, possui uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O núcleo é composto de um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. (CUNHA; CAMPOS 2011, p. 967-968)

Como exemplo pode ser citado um especialista com determinado núcleo apoiar outro especialista com diferente núcleo de formação, com o objetivo de ampliar a eficácia de sua atuação, passando a existir uma troca de saberes que vai poder contribuir para a ampliação da clínica, o que deverá implicar na incorporação de conhecimentos de outro núcleo de saber.

Os autores Cunha e Campos (2011) ressaltam a necessidade das UBS que tenham um grande número de idosos em seu território ampliarem conhecimentos do núcleo do saber em geriatria. Pois é importante que os profissionais da UBS se apropriem de conhecimentos que vão além do seu núcleo do saber, dessa forma o AM poderá contribuir para essa formação.

Ainda de acordo com Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial possui a função de oferecer uma lista de atividades, tais como: atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, contribuição para elaboração de projetos terapêuticos, discussões de temas predominantes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos, assim como disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou continuidade dos casos em acompanhamento.

Destaca-se também para discussão de caso que os autores citados acima se referem sobre a importância em eleger um profissional responsável pela coordenação do caso dentro da equipe que acompanha, com objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O responsável pela coordenação e condução do caso terá o papel de acompanhar a saúde do usuário ao longo do tempo, de maneira longitudinal, semelhante ao preconizado para as equipes da ESF.

Segundo Oliveira (2011), o Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, o que implica uma maior articulação e qualificação quanto à possibilidade de resolução dos problemas de saúde de toda a rede de serviços. Este autor se refere a Campos (1997) ao citar que o Apoio Matricial se propõe a inventar outra cultura organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde possibilitando, ao mesmo tempo, uma realização pessoal e profissional.

O Apoio Matricial caracteriza-se como instrumento de gestão do cuidado, destinado a qualificar a intervenção em sujeitos e coletivos. Dessa forma, o Apoio Matricial estimula a produção de espaços que promovam nas UBS discussões e práticas clínicas que trazem novos sentidos para a intervenção em saúde, assim como também produz um novo modo de cuidar, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados para especialidades, conforme citado por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) e Minozo e Costa (2013).

Em outro estudo realizado por Quinderé (2013), nas cidades de Fortaleza e Sobral no estado do Ceará, sobre acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental, o conceito de Apoio Matricial foi utilizado também dentro da lógica de um arranjo técnico-pedagógico, com a função de assegurar retaguarda especializada às equipes de atenção à saúde, tendo por objetivo potencializar a ESF na construção dos projetos terapêuticos dos pacientes com transtornos mentais de maneira ampliada.

O AM possibilita ainda aos profissionais da Atenção Básica atuar como catalizador do processo terapêutico, bem como do acesso aos serviços de saúde e da resolubilidade dos casos atendidos. O termo acessibilidade aqui referido está ligado essencialmente à oferta de serviços e seu impacto de utilização da população, ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da assistência, conforme descreveu o autor Qinderé (2013).

Cabe ressaltar que mais de dez anos após a implantação do Apoio Matricial na Saúde Mental é que o Ministério da Saúde (MS) resolveu no ano de 2003 (conferir se a data está correta) adotar a ferramenta do Apoio Matricial como um dispositivo da nova tecnologia de trabalho da Política Nacional de Humanização (PNH). O Humaniza-SUS e Atenção básica/ Saúde da Família incorporaram o Apoio Matricial como uma das tecnologias de humanização da gestão de saúde, segundo relatado por Campos (1998). O MS passou a recomendar que a tecnologia do AM se tornasse uma ferramenta de apoio para o fortalecimento das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF.

Outra discussão relevante é a discussão das dimensões do caráter assistencial e técnico pedagógico do Apoio Matricial que os autores Campos e Domitti (2007) fazem referência. Essas dimensões são de grande importância para o desenvolvimento do AM.

A dimensão Assistencial possui objetivo de realizar atendimento e intervenção conjunta entre alguns profissionais da equipe de referência e apoiador matricial conforme seu núcleo do saber. O núcleo de saber por sua vez é um demarcador da identidade das profissões, conforme descrito na cartilha da PNH,

[...] A institucionalização dos saberes e sua organização em praticas se da mediante a conformação de núcleos que são mutantes e se interinfluenciam na composição de um campo de saber dinâmico. No núcleo há aglutinação de saberes e praticas compondo uma certa identidade e disciplina. (BRASIL, 2006b)

Esta dimensão assistencial vai produzir uma ação clínica direta com os usuários e/ou atendimento compartilhado, que requer uma intervenção de uma clínica ampliada com o profissional da Atenção Básica. A clínica ampliada significa uma

prática de trabalho que requer uma integração da equipe multiprofissional, com a construção de vínculo e elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso.

Essa intervenção ocorrerá quando o caso for mais complexo e requerer uma discussão mais aprofundada. Sendo possível ainda que o apoio se efetive com a troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador através do diálogo sobre alterações na avaliação do caso e também reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, entretanto, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Já a dimensão técnico-pedagógica tem por finalidade produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Deixando claro, assim, que no papel do Apoio Matricial existe uma função sinérgica de educação permanente, que tem por significado uma aprendizagem no trabalho onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações do trabalho, conforme posto na Cartilha da PNH (BRASIL, 2006b).

Esta dimensão técnico-pedagógica contribui na capacitação em serviço quando a equipe da UBS demanda discussão de algum tema que requer um estudo mais aprofundado, podendo ser em geral assunto referente à dificuldade de intervenção junto a algum diagnóstico do paciente. Essas duas dimensões, assistencial e técnico-pedagógica, podem e devem interagir em diversos momentos.

## 2.1 EXPERIMENTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NA SAÚDE DO IDOSO E SUA INSERÇÃO NO MUNICÍPIO

Após um período de experimentação do processo de trabalho realizado no apoio Matricial nasceu o interesse em realizar um estudo sobre a contribuição do Apoio Matricial na saúde do idoso do município de Vitória, a partir do envolvimento enquanto profissional apoiadora que já desempenha esta função desde a sua implantação. Descreveremos a seguir como se deu o processo de implantação do AM na saúde do idoso.

Em julho de 2007 foram iniciadas as primeiras articulações para implantação do Apoio Matricial (AM) em Saúde do Idoso e que teve como modelo a experiência já em andamento do AM em Saúde mental, que acontecia no município de Vitória através da organização de equipes regionais que tinham como objetivo ampliar a atenção em Saúde mental na rede de serviços a partir da Atenção Básica. (MADUREIRA; BISSOLI, 2014, p. 137).

O CRAI, desde a sua criação, sempre teve como objetivo o apoio à Atenção Básica, porém não a realizava. O que acontecia eram algumas intervenções pontuais, como visita a UBS e oficina sobre o envelhecimento de forma não sistematizada. O assunto sobre o Apoio Matricial passou a fazer parte das reuniões de equipe que aconteciam semanalmente no CRAI, com diversas etapas de discussões, oficinas, estudos teórico-conceituais sobre AM, que contaram com a participação da coordenação de Saúde Mental.

Essas reuniões implicaram em constantes questionamentos, pois a equipe do CRAI desconhecia o que era Apoio Matricial, inclusive solicitava um curso de capacitação para desenvolver essa nova metodologia como proposta de trabalho. Considerava-se que a implantação do AM significaria outra lógica de processo de trabalho. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2009b)

A proposta dessa metodologia de trabalho, um novo arranjo institucional, significava a adoção de um outro método para gestão do trabalho em saúde, objetivava oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Introduzia a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os membros de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem estabelecer critérios para acionar o apoio e definir junto às competências e responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.399).

As discussões sobre a implantação do AM na saúde do idoso geravam tensionamentos entre a direção e equipe do CRAI, pois os profissionais

desconheciam esta metodologia. Como dito anteriormente, esta forma de intervenção significava mudança no processo de trabalho. Havia a necessidade de rever a forma de atuação do CRAI na rede, em especial a forma de se relacionar com a Atenção Básica. Era preciso fortalecer e estabelecer vínculos com as equipes da AB e principalmente em relação à corresponsabilização no cuidado de saúde com o idoso. A implantação do AM foi uma das estratégias de ação para superar a lógica da referência e contrarreferência, considerando que a forma de encaminhamento que ocorria anteriormente não garantia uma efetivação para o cuidado integral ao idoso (MADUREIRA; BISSOLI, 2014, p. 137).

Um fator que contribuiu para efetivar essas mudanças ocorreu a partir da implantação do pacto pela Saúde no ano de 2006, o município passou a se organizar para assumir as responsabilidades em relação aos serviços de média complexidade, a qual passaria a regular o acesso a exames e consultas especializadas (MADUREIRA; BISSOLI, 2014, p. 136).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa lançada no ano de 2006 foi também importante para a reorganização do atendimento ao idoso, pois reafirmava como uma das diretrizes básicas a garantia da integralidade do atendimento prestado ao idoso. Neste contexto ficou claro que o CRAI integraria um dos pontos de atenção à saúde do idoso em Vitória. (MADUREIRA; BISSOLI, 2014, p.136-137).

Assim, para a implantação do AM, era preciso estruturar a rede de atendimento ao idoso. A Referência Técnica da Saúde do Idoso veio participar mais vezes das reuniões de grupo de estudo junto a equipe do CRAI, levantando questões que contribuíam para mediar as discussões e disponibilizando material de estudo fornecido pelo consultor da UNICAMP para que a equipe estudasse e possibilitasse melhor compreensão para um alinhamento conceitual do significado do Apoio Matricial. A implantação do Apoio Matricial foi uma diretriz adotada como estratégia da gestão para o fortalecimento e qualificação da Atenção Básica. Passou-se então a discutir qual metodologia mais apropriada deveria ser utilizada para realizar a implantação do Apoio Matricial na saúde do idoso.



O referencial metodológico do AM adotado foi o mesmo da Política Nacional de Humanização (PNH), utilizado pelo AM em Saúde mental, na qual a Atenção Básica é responsável pelo cuidado integral do usuário e busca o apoio de outros serviços especializados quando necessário. (MADUREIRA, BISSLOI, 2014, p.137).

Como resultado desse movimento de quase um ano de construção coletiva sobre o AM, com a participação dos apoiadores institucionais nas reuniões de equipe, conforme já foi citado, surge a elaboração da proposta realizada pela equipe do CRAI sobre a implantação do Apoio Matricial na saúde do idoso.

A proposta foi desenvolvida com um formato onde os profissionais do CRAI, além de realizarem atendimento ambulatorial no serviço, também desenvolveriam a função de apoiadores matriciais, com a finalidade de fortalecer as ações da Atenção Básica, a partir da proposta do Apoio Matricial.

Esse desenho ocorreu de maneira diferente do Apoio Matricial em saúde mental, já existente na rede, que na sua implantação funcionava através de uma equipe específica composta por profissionais de psiquiatria e psicologia, somente para realização do Apoio Matricial desvinculado do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Inicialmente, o município contava com três equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, que atuavam em duas das cinco regiões do município. Posteriormente, a proposta do Apoio Matricial foi reformulada e o Apoio Matricial em Saúde Mental se efetivaria a partir dos três CAPS, os quais incorporaram as antigas equipes matriciais, possibilitando que o Apoio Matricial se estendesse para toda a rede municipal. O AM na Saúde Mental foi modificado e teve sua proposta inicial reformulada, os apoiadores matriciais passaram a realizar também atendimento assistencial aos usuários do CAPS, além de realizar o AM em toda rede de saúde do município.

A proposta do Apoio Matricial em saúde do idoso se deu também nas discussões do grupo de apoiadores institucionais da SEMUS, que naquele momento contava com a

presença da consultoria da UNICAMP, sendo designados apoiadores para acompanhar o CRAI no processo de implantação do AM na área do idoso.

O critério de escolha para iniciar o Apoio Matricial foi a partir das regiões com maior número de concentração de idosos do município, considerando também o número significativo de idosos cadastrados na Unidade de Saúde e a cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, nessas UBS estava sendo implantada a caderneta de saúde da pessoa idosa e já havia a inserção dessa temática em parceria com a área técnica de saúde do idoso.

Em outubro de 2008, o Apoio Matricial na saúde do idoso começou a funcionar inicialmente em duas unidades de saúde, uma no território de Jardim da Penha (Região Continental) e outra no território de Maruípe (Região de Maruípe), e logo em seguida foi ampliado para mais três unidades de outras regiões: US Santo Antônio (Região de Santo Antônio); US Fonte Grande (Região do Centro); US Jesus de Nazareth (Região do Forte São João).

Após a apresentação desses dados ficou então definido que o Apoio Matricial seria implantado, as equipes se dividiriam em trios e, posteriormente, em duplas para atuarem como apoiadores matriciais nos territórios previamente definidos por regiões de saúde. Esses trios seriam formados por um profissional da área da reabilitação, biomédica e um da área psicossocial, dessa forma este formato possibilitaria ampliar a visão interdisciplinar para as ações do AM.

No decorrer do processo de implementação do Apoio Matricial em saúde do idoso em abril de 2009 foi criada a Unidade de Produção (UP), com objetivo de ampliar e sensibilizar sobre a questão do idoso no município. A criação da UP do idoso foi uma proposta da consultoria da UNICAMP, devido às constantes discussões levantadas no Grupo de Apoiadores, a qual se apresentava como “um coletivo organizado para produção em torno de um objeto de trabalho em comum” (Campos, apud Oliveira, 2011). A UP se organiza como um arranjo de gestão, sobre uma determinada temática, reunindo atores que promovem uma articulação entre os diferentes espaços da gestão, ampliando assim uma compreensão da proposta de intervenção, conforme afirma o autor OLIVEIRA (2011).

Seu objetivo era discutir a partir da criação desse coletivo a política de saúde do idoso no município, o que envolvia também as questões pertinentes ao CRAI e, conseqüentemente, ao Apoio Matricial. A UP do idoso foi então criada e organizada por um colegiado formado por representantes de vários serviços de Atenção à Saúde, como Apoiadores Institucionais da Área de Saúde do Idoso, Coordenação da Atenção Especializada, Área técnica de saúde do idoso, Gerência de regulação de Controle e avaliação, Gerência de formação e desenvolvimento, um representante de cada Colegiado gestor Regional - COGER - Forte São João, Centro, São Pedro/Santo Antônio, Maruípe e Continental, diretor do CRAI e mais dois apoiadores matriciais. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2009b).

O colegiado da UP do idoso tornou-se um espaço de discussão, com conflitos e negociações sobre a formatação que se daria ao AM, pois havia um temor dos profissionais do CRAI de que a expansão do projeto levasse a um desmonte do próprio CRAI como centro de referência (Oliveira, 2011, p. 132).

A partir de reuniões do colegiado da UP do idoso ficou então definido que a intervenção do apoio matricial seria focada nos idosos frágeis, sendo o conceito de idoso frágil baseada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2528/2006). Portanto, idoso frágil ou em situação de fragilidade é,

Aquele que apresenta pelo menos uma das características: vive em ILPI (Instituição de Longa permanência para idosos, conhecida como asilo); encontra-se acamado; Esteve hospitalizado no último ano; Apresentam doenças que causam incapacidade funcional, AVE (acidente vascular encefálico), demência, Parkinson ou outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputação de membros; Encontra-se incapaz de realizar alguma atividade da vida diária (tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, deitar/levantar); Viva situação de violência doméstica; Idosos com 75 anos ou mais de idade (mesmo que seja independente para as atividades). (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2009b)

Após esta definição e escolha pelos idosos frágeis do território, as UBS fariam a identificação dos idosos independentes, em risco de fragilização e frágeis. Nos casos em que a UBS não tivesse realizado esse levantamento, os apoiadores do CRAI apresentaram sugestão de um instrumento de avaliação que poderia ser discutido e modificado conforme as necessidades das equipes.

Como resultado desse instrumento ter-se-ia um diagnóstico dos idosos do território, o que seria fundamental para o planejamento das ações, o desenvolvimento do projeto terapêutico singular (PTS), e a definição dos casos a serem discutidos nos encontros de Apoio Matricial.

A equipe do CRAI definiu também que após cada reunião/encontro de apoio matricial com as equipes de referência, os profissionais do CRAI realizariam reuniões internas com o intuito de avaliar o processo de acompanhamento das unidades. Acreditava-se que a implantação do Apoio Matricial nessas unidades possibilitaria desenvolver ações conjuntas entre as equipes das unidades e a equipe do CRAI, as quais seriam continuamente avaliadas em relação aos fatores dificultadores e facilitadores do processo de implantação do Apoio.

Essas reuniões do grupo de estudo no CRAI tinham como objetivo a organização do processo de trabalho, a discussão de casos e a realização de estudos teóricos, o que se configurava também como um espaço de educação permanente assim como também propiciava mais confiança nas ações que a equipe desenvolvia como apoiadora matricial.

Por último, além de fortalecer as ações da equipe de apoiadores do CRAI, os encontros permitiriam também repensar todo o processo de matriciamento, e ainda possibilitaria as alterações necessárias para a ampliação do projeto à outras unidades de saúde pertencentes às demais regiões do município de Vitória. Dessa forma, foi deliberado pela UP a realização de uma avaliação das ações de Apoio Matricial em Saúde do Idoso, atendendo a metodologia construída e pactuada pela própria UP do Idoso. A partir de 2013 este arranjo de gestão, UP do Idoso não mais se efetuou, uma vez que a gestão de 2013 – 2016 não mais deu continuidade a este arranjo.

## 2.2 AVALIAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM UM ANO DE FUNCIONAMENTO: UM RECORTE NECESSÁRIO

No ano de 2009 surgiu a proposta da unidade de produção de realizar uma avaliação do Apoio Matricial nas UBS, onde já havia sido implantado: Jardim da Penha, Fonte Grande, Maruípe, Jesus de Nazareth e Santo Antônio. Essa proposta passou a ser discutida na UP do idoso e foi conduzida pela área técnica de Saúde do Idoso, a fim de se saber qual metodologia deveria ser utilizada para efetivar a avaliação do processo de implantação do Apoio Matricial.

A metodologia usada abarcou oficinas avaliativas e também contou com um roteiro de entrevista com perguntas abertas a serem respondidas pela equipe da UBS e equipe do CRAI, com objetivo de avaliar o processo de implantação do Apoio Matricial tanto na visão da UBS como também na visão da equipe do CRAI. As avaliações ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2010, sendo os resultados apresentados logo em seguida na reunião da UP do idoso.

A avaliação das equipes da UBS aconteceu através de encontros em forma de oficinas realizadas pela equipe do CRAI junto à referência técnica de saúde do idoso e coordenação da Atenção Básica. Os dados da avaliação da UBS foram então sistematizados pela Referência Técnica da Saúde do Idoso, sendo o resultado apresentado como pontos relevantes, que descrevemos a seguir.

A avaliação indicava a contribuição do Apoio Matricial no que se refere a como lidar com os problemas relacionados aos idosos, assim como a instrumentalização para condução de casos críticos para construção do PTS. Apontava que o AM permitiu a troca de conhecimento e aproximação do CRAI e ESF, como também a qualificação da atenção prestada, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Os dados indicavam que o AM oportunizou maior conhecimento sobre a realidade do idoso no território. Registrou-se também o relato de algumas equipes de que houve melhoria do entendimento sobre o Apoio Matricial à medida que os encontros foram ocorrendo. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2010b)

Em relação aos avanços identificados através do Apoio Matricial, em como lidar com os problemas relacionados aos idosos. Das 17 equipes da ESF que participaram do processo de avaliação 13 afirmaram que houve avanços e 04 avaliaram que não houve avanços e/ou que os avanços foram pouco significativos.

Quanto aos avanços apontados pelas equipes, destacam-se: entendimento do fluxo de encaminhamento e maior aproximação com o CRAI; criação de vínculo entre as equipes das UBS e o CRAI; maior segurança das equipes das UBS para enfrentamento e resolutividade dos casos discutidos e melhoria do atendimento ao idoso; inserção da discussão interdisciplinar de casos de idosos nas reuniões de equipe das UBS; reconhecimento da população idosa do território; ajuda na identificação e encaminhamento dos casos de violência; maior vínculo das equipes de saúde da família com os idosos. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2010c)

Em relação ao item da avaliação que focalizava as dificuldades apontadas pela UBS quanto ao desenvolvimento da metodologia de Apoio Matricial, as UBS sinalizaram dificuldades tais como: diferentes formas de organização e atuação de Apoios Matriciais dentro da mesma UBS (AM Saúde da Mulher, Idoso e Saúde Mental); organização interna da UBS para o AM; ausência de alguns profissionais da UBS nos encontros de matriciamento; relacionamento e comunicação; formas diferentes de abordagem e condução dos casos pelos apoiadores matriciais; compreensão do papel do CRAI e os critérios de acesso; grande número de casos envolvendo questões sociais e de violência. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2010d)

Na realização dessas oficinas as UBS também apontaram como sugestões a importância de se conhecer melhor o papel do matriciamento para facilitar o andamento do processo de trabalho, assim como reorganizar as reuniões de AM e repactuar as ações com as equipes. Propuseram dar continuidade ao AM e manter um cronograma para os encontros, e ainda que a UBS organizasse as demandas que seriam levadas para as reuniões de matriciamento.

Outras sugestões ainda foram levantadas: o CRAI se organizar de modo a ter referência para cada UBS; discussão de temas demandados pelos profissionais da UBS; rever fluxo de acesso ao CRAI daqueles idosos cujos casos já foram discutidos e acompanhados pelo AM; rever o instrumento de classificação de risco de fragilidade do idoso, avaliando como inseri-lo na avaliação de risco das famílias; direcionar as ações do AM, priorizando os casos de violência e de idosos com agravos de saúde, principalmente com perda de autonomia e independência. (Vitória, ES Secretaria Municipal de Saúde, 2010e)

Em relação ao resultado da Avaliação quanto aos avanços do Apoio Matricial na visão do CRAI, a equipe identificou que os profissionais das UBS passaram a ter um olhar e uma escuta diferenciada em relação ao idoso do seu território. Ocorreu também uma maior aproximação do CRAI com as UBS, assim como a troca de experiência entre as equipes da UBS e a equipe do CRAI, levando a uma maior resolutividade nas discussões de caso. A avaliação demonstrou também que os encaminhamentos da pessoa idosa estavam chegando mais qualificados para o CRAI.

A avaliação do CRAI em relação às dificuldades e desafios para realização do apoio, foi identificado que as unidades possuem diferentes realidades e diferentes formas de organização do processo de trabalho, o que acarreta dificuldade para conciliação das agendas entre as equipes das UBS e equipe do CRAI. Dificuldade também quanto à adesão da proposta de matriciamento do CRAI com relação a UBS. Outro fator avaliado também foi sobre a ausência de alguns profissionais da UBS nas reuniões e encontros do Apoio Matricial, assim como a não pontualidade das equipes das UBS. (Vitória, ES Secretaria Municipal de Saúde, 2010a). No documento consultado não foi identificado quais categorias profissionais não participaram dos encontros do AM.

Após o resultado identificado por este processo avaliativo intensificaram-se as discussões sobre a direção que o AM em saúde do Idoso de Vitória tomaria. As discussões perpassavam pela gestão da SEMUS, pela equipe do CRAI e pela UP, como um espaço de interlocução e encaminhamentos, que poderiam ser ou não acatados pela gestão. (MADUREIRA; BISSOLI, p.144, 2014)

Depois de várias discussões, conflitos e ponderações tornavam-se mais claro que o projeto do Apoio Matricial tomava corpo e já era possível a sua expansão, sendo elaborada a proposta de ampliação e reestruturação do apoio pela equipe do CRAI e apresentada na reunião da UP do idoso.

Na proposta de ampliação foi pactuada a necessidade de fortalecer as ações de atenção à saúde do idoso no município, assim como desenvolver novos padrões de relacionamento entre os profissionais e os usuários desses serviços de saúde. Foi preciso também rever a metodologia, pois era necessário estender o Apoio Matricial a todas as UBS do município de Vitória.

## 2.3 AMPLIAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E SUA EFETIVAÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE VITÓRIA

A proposta de ampliar o Apoio Matricial então se efetivava e, a partir de 2010, incluiu inicialmente uma UBS de cada região e, posteriormente, realizada uma expansão gradativa para todas as UBS. No ano de 2011 concluiu-se a expansão para 100% dos territórios de saúde do município.

O processo de trabalho do CRAI estava sendo reorganizado e o Apoio matricial que vinha acontecendo junto às reuniões de equipe da ESF nas UBS apresentava-se como um fator dificultador para a equipe de matriciadores do CRAI. Tal situação acarretava dificuldade no processo de trabalho, como desmarcação de consultas, diminuição de oferta de consultas para assistência no CRAI, gerando transtornos nos atendimentos. Pois a equipe além de realizar o Apoio Matricial também realizava assistência ao idoso que era encaminhado ao CRAI, chegando a prejudicar o acompanhamento dos idosos que eram atendidos no serviço.

Esse formato também dificultaria a expansão do matriciamento para toda rede, pois a equipe do CRAI não seria suficiente para atender as demais equipes da ESF nas UBS em relação ao Apoio Matricial. Nessa reorganização do processo de trabalho



foi solicitado pela gestão à GRCA um estudo sobre a capacidade instalada do CRAI, o que significava quantificar quantos atendimentos seria possível para cada profissional realizar. Como resultado esse estudo demonstraria a real capacidade de atendimento no CRAI, assim como a carga horária que poderia ser disponibilizada para realização do Apoio Matricial.

Durante o processo de ampliação do Apoio Matricial, o CRAI também reviu seu processo de trabalho, discutia-se o fluxo de acesso do idoso no CRAI e a construção da rede de atenção ao idoso no município. Sua efetivação foi sendo construída junto a muitas discussões e debates em reuniões de equipe, com a presença da Referência Técnica da Saúde do Idoso, dos apoiadores institucionais, da direção do CRAI, espaços onde aconteciam reflexões constantes e avaliação do processo de construção do Apoio Matricial.

Era fato a necessidade de mudança para possibilitar o acesso do idoso frágil ao serviço e viabilizar assim a expansão dessa metodologia para todo município. O Apoio Matricial foi se constituindo através de uma agenda com dias fixos, programados mensalmente ou bimestralmente com as UBS e, posteriormente, passou a acontecer por demanda, conforme solicitação da UBS. Anterior a este formato, as reuniões aconteciam no momento da reunião de cada equipe da ESF, o que dificultava a participação da equipe de apoiadores do CRAI, pois esta reunião acontecia em dias diferentes, de acordo com a agenda programada de cada equipe da UBS. Esta forma de fazer o encontro dificultaria a expansão do AM e tornaria impossível a expansão.

As mudanças aconteceram e o Apoio Matricial na Saúde do Idoso foi sendo construído e institucionalizado na rede. Diante do cenário apresentado foi então discutida nas reuniões de equipe, juntamente com a Referência Técnica de Saúde do Idoso, a proposta do CRAI em realizar o Apoio Matricial conforme surgisse a demanda das UBS, pois se percebia que esse poderia ser o caminho.

Para isso a UBS deveria enviar um relatório contendo a história clínica e psicossocial do paciente para o CRAI. O envio do relatório tinha por objetivo uma

organização prévia da equipe, e que a UBS se apropriasse dos casos antes de encaminhá-los. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2010e)

Além de propor a realização do Apoio Matricial por demanda, outro ponto também abordado foi em relação à necessidade do CRAI organizar a oferta do apoio através de um dia fixo disponível para cada UBS, assim como a equipe do CRAI ter um dia disponível na agenda para realização do apoio. Além de também assegurar espaço para elaboração de relatórios após as reuniões com as equipes de referência, facilitando o processo de organização interna do serviço e da metodologia do Apoio Matricial.

Dessa forma, a partir do final do ano de 2010 e no decorrer de 2011, os encontros do Apoio Matricial passaram a acontecer por demanda e por solicitação da UBS, conforme acordado nas reuniões do grupo de discussão do Apoio Matricial, com a equipe do CRAI e a UP do idoso. A partir de 2012 o apoio continuou a acontecer por demanda, porém através de um dia fixo estabelecido com a direção do serviço, de acordo com a disponibilidade das duplas do apoio e com as respectivas equipes de referência das UBS.

O trabalho desenvolvido pela equipe do CRAI através do Apoio Matricial tornou-se mais efetivo com essa nova proposta do dia fixo instituído, permitindo assim planejar melhor as ações para execução do apoio. O serviço de assistência no CRAI era prejudicado, devido a não existência de uma agenda programada, para realização do apoio. Essa conquista gerou também mais cobranças e responsabilidades em relação aos idosos que eram acompanhados no CRAI e pelo Apoio Matricial. Tornava-se claro o CRAI como um ponto de atenção na rede de serviços ao idoso frágil, cada vez mais se fazia necessário que a equipe se capacitasse para dar conta desse idoso mais debilitado que estava chegando ao serviço. Considerando que uma das ações do AM era realizar oficina que possibilitasse capacitar a AB para aplicação do instrumento de avaliação de risco de fragilidade do idoso, com o objetivo de identificação do idoso frágil do território. Esta ação contribuiu para mudança do perfil do idoso que era encaminhado ao serviço.

Importante ressaltar que o Apoio Matricial em Vitória ao realizar essas ações voltadas para aplicação do instrumento de avaliação de risco visando identificar o idoso frágil, possibilitou a confirmação do papel técnico pedagógico do AM às equipes de referência, que Campos e Domitti (2007) colocam como uma das modalidades de intervenção do AM, caracterizando assim o caráter técnico pedagógico como uma das funções do apoio.

Nas reuniões semanais de equipe o serviço contava com um tempo também disponível para estudo de caso e acompanhamento do tratamento do idoso no CRAI, porém essas reuniões precisavam se organizar melhor e contribuir para qualificar o estudo, no sentido de ampliar os saberes em relação a saúde do idoso e assim contribuir na realização do AM.

Como resultado da qualificação da reunião de estudo no novo modelo proposto, com tempo programado para estudo de caso e estudo teórico, a equipe que anteriormente já realizava estudo de caso clínico, porém de uma forma não sistematizada, passou a adotar um novo instrumento de acompanhamento através do Plano de Cuidados, conforme descrito abaixo,

[...] a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se definem claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?) e quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções. No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar. Todas as decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado (Methodology Committee of the Patient-Center Outcomes research Institute, 2012; Bardes, 2012). Assim, o Plano de Cuidados contém todas as informações necessárias para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso. (MORAES E. N.; MORAES, F. L., 2014, p. 161-162).

O Plano de Cuidado possui como função acompanhar o processo de produção de saúde do paciente até sua alta. Vinculado a esse plano também seria escolhido um gestor do cuidado, que tinha a função de coordenar os cuidados relativos à saúde do idoso até sua alta.

O acompanhamento do idoso no serviço ficou sob a responsabilidade e condução de toda equipe interdisciplinar, assim como a escolha do gestor do cuidado. Algum tempo depois a equipe básica, composta pelo médico geriatra, enfermeira e assistente social, passou a realizar esse plano de cuidado. Em relação à alta do serviço seria elaborado um plano de cuidado de alta a ser entregue para equipe da Atenção Básica através das duplas referentes ao apoio, sendo assim facilitado o acompanhamento através das equipes de Apoio Matricial.

Nessa proposta, o gestor do cuidado do usuário atendido no CRAI, não foi escolhido pelo vínculo, conforme preconizava a literatura, e sim sugerido que cada profissional/gestor teria um número de idosos para ser acompanhado. Pois inicialmente era realizada a escolha do gestor de acordo com a dupla do Apoio Matricial da região à qual o idoso pertencia, o que acarretava uma distribuição desigual, gerando uma sobrecarga de trabalho de algumas duplas do apoio.

A escolha do gestor do caso através das duplas do AM trazia benefícios, pois permitia que as duplas acompanhassem o idoso mais de perto junto a UBS. Porém, essa forma não sendo mantida, poderia acarretar a descontinuidade no acompanhamento do idoso pelo AM e pela UBS. Importante sinalizar que o acompanhamento proposto ao longo do tempo, de maneira longitudinal, no AM é semelhante ao preconizado para equipes de saúde da família na ABS. (STARFIELD, 2002).

Com o AM acontecendo por demanda desde 2012, e com o papel do AM de qualificar a rede no que se refere à ABS, o idoso poderia ser atendido pela UBS e só seria encaminhado quando este tivesse o perfil para o atendimento no CRAI. Portanto, se observava que compareciam idosos cuja demanda era passível de ser cuidada na ABS. Esse fato gerava uma sobrecarga para o serviço, dificultando a entrada de novos idosos frágeis que realmente precisavam ser acompanhados pelo CRAI. Considerando que eram idosos que poderiam ser atendidos na UBS e somente após esgotadas as possibilidades de intervenção pela ESF é que então o idoso deveria ser encaminhado para um serviço especializado.

Nessa época, acontecia na SEMUS um movimento interno, coordenado pela GRCA, de construção de protocolo de acesso aos serviços e exames especializados de toda rede própria. Foi a partir desse momento que se elaborou o protocolo de acesso ao CRAI, com objetivo de contribuir para qualificar a rede de atenção ao idoso. Portanto o AM desenvolvido pela equipe do CRAI contribuía para potencializar o vínculo do usuário com a UBS e garantir assim o acesso ao idoso na rede. Destacamos que este processo se efetuou com a participação dos profissionais do CRAI.

O protocolo elaborado pela equipe do CRAI, baseado na Política Nacional de Saúde do idoso (Portaria 2528/2006) e no caderno da Atenção Básica Nº 19, apresentava como critério de fragilidade o idoso com 60 anos ou mais, com capacidade funcional comprometida e dependência para as atividades de vida diária (AVD), tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras. Identificando que esse comprometimento funcional geralmente é consequência de sequela de um acidente vascular cerebral (AVC), síndromes demenciais, alteração de memória, história de depressão, doença de Parkinson e doenças osteoarticulares incapacitantes; Idosos com história de três ou mais quedas nos últimos seis meses; idosos com histórico de três ou mais internações nos últimos seis meses.

Nesse sentido, o protocolo de acesso ao CRAI possui a função de contribuir para qualificar a rede de atenção à saúde em relação às demandas que vem através da AB. Importante sinalizar que o Apoio Matricial se apropriou da discussão do protocolo com objetivo de discutir a situação de saúde antes mesmo do idoso ser inserido em algum serviço especializado da rede. A construção deste processo com a participação ativa dos profissionais do CRAI renovou e reafirmou o lugar do CRAI na Rede de Atenção à Saúde do idoso. No próximo capítulo abordaremos o idoso frágil e como o protocolo de acesso ao CRAI contribuiu para identificar o idoso frágil na ABS.

### 3 O PERFIL DO IDOSO FRÁGIL

Com o processo de envelhecimento aumenta a vulnerabilidade do organismo às agressões do meio interno e externo, predispondo às doenças/disfunções. Entretanto o idoso pode conviver bem com suas doenças, sem que elas interfiram na sua qualidade de vida. Importante ressaltar que a Portaria n. 2528/2006 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que o “[...] conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica [...]”. (Brasil, 2006c)

Considerando essas premissas sobre autonomia e independência, segue abaixo a definição do conceito conforme postula a Fundação Oswaldo Cruz (2008),

[...] a presença de autonomia, (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si (AVD básicas) e de sua vida (AVD instrumentais). Autonomia é a capacidade de decisão diretamente relacionada à cognição e ao humor (motivação), enquanto a independência é a capacidade de execução daquilo que foi decidido e está diretamente relacionada à mobilidade à comunicação. A funcionalidade é, então, o produto da preservação da cognição, humor, da mobilidade e da comunicação. A perda da funcionalidade resulta nas grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana, imobilidade e incapacidade comunicativa), cujo pano de fundo é a iatrogenia, que, por sua vez, é a síndrome geriátrica mais comum e de mais fácil solução.

Importante sinalizar que mesmo apresentando doenças o idoso pode continuar realizando suas atividades e seu papel social com autonomia e independência. É a partir de este olhar que surge um novo indicador de saúde, a capacidade funcional, reforçando o conceito de saúde sobre o prisma que a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar sua atividade sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009).

Portanto o processo de envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidade e dependência, mas sim de maior vulnerabilidade, o que representa a dificuldade em fazer frente, lidar, resistir e recuperar-se de um impacto, perda ou dano. (MORAES, 2013).

Os indicadores de saúde da população idosa mostram que a mortalidade e a morbidade em especial as doenças crônicas degenerativas aumentam com a idade. No ano de 2007, dados de estudos apresentados identificaram que 72% das mortes no Brasil foram consequência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e 10% atribuídas às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis (SCHMIT et al., apud UNASUS, 2014b), principalmente na faixa etária que abrange os idosos, considerando que esse segmento da população é o que mais cresce no Brasil, segundo dados do IBGE/ 2010.

Com o passar do tempo o indivíduo se expõe a uma série de situações, as quais serão percebidas na velhice, os hábitos de vida, interagem frequentemente com a “bagagem genética”, entretanto as consequências biológicas variam de indivíduo para indivíduo. A hereditariedade, as alterações fisiológicas são variáveis que interagem para determinar o risco de doença no processo de envelhecimento. Dessa forma o estilo de vida será o principal fator possível de mudança de saúde durante a velhice (MORAES, 2008). Portanto, é importante um trabalho de prevenção e promoção de saúde desde muito antes da chegada da velhice.

Neste contexto desde 2002 a OMS já havia lançado uma política sobre o envelhecimento saudável, a qual define que envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

O envelhecimento é o principal fator de risco para o aparecimento de determinadas doenças e incapacidades. A perda da funcionalidade resulta no aparecimento das grandes síndromes geriátricas. Infelizmente a maioria dos idosos apresenta o envelhecimento considerado patológico, ou seja, associado às doenças incapacitantes, conhecidas como as “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “Gigantes da Geriatria”, são elas, a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana, imobilidade e a incapacidade comunicativa.

Neste sentido, a perda da independência nem sempre vem associada com a perda de autonomia, um idoso com perda da capacidade de deambular pode gerenciar sua

vida com autonomia e participação social. O conceito de funcionalidade, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade – CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003), declínio funcional é a perda da autonomia e/ou independência, pois restringe a participação social do indivíduo.

A funcionalidade, por sua vez, está associada ao indivíduo de acordo com sua interação em relação a determinada condição de saúde com seus fatores ambientais e pessoais. Portanto, a funcionalidade do indivíduo sofre influência dos fatores físicos, emocionais, psicológicas, sócio ambientais ao que o sujeito está inserido. Vale ressaltar que é possível modificar os efeitos funcionais através da adaptação do meio para que o indivíduo se adeque às novas limitações. (MORAES, 2013)

No entanto a funcionalidade em relação à autonomia e independência está integrada nos sistemas funcionais diante das dimensões como: cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. Estes sistemas associados compõe a capacidade funcional da qual será apontado como um indicador da saúde do idoso. De acordo com a definição citada por Moraes (2012, p. 10-11),

**Cognição:** é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano; **Humor/comportamento:** é a motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento do indivíduo, que é afetado pelas outras funções mentais, como senso-de percepção, pensamento e consciência; **Mobilidade:** é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Por sua vez, a mobilidade depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbica e muscular (massa e função), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha/postura/transferência. A continência esfincteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência (incontinência esfincteriana) é capaz de inferir na mobilidade e restringir a participação do indivíduo. **Comunicação:** é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esta última é a responsável pela voz, fala e mastigação/deglutição. (grifo nosso)

Importante ressaltar que um dos mais importantes indicadores de saúde na velhice é a capacidade funcional e cognitiva, sendo que à medida em que envelhecem a saúde precisa de ser avaliada de forma muito mais abrangente do que em etapas anteriores da vida. Na capacidade funcional avalia-se as condições de um indivíduo para se adaptar aos problemas cotidianos, às atividades direcionadas ao ambiente



em que vive e na capacidade cognitiva, esta é definida como a capacidade para registrar, armazenar, usar e dotar de sentido os dados da realidade, semelhante à capacidade de aquisição de conhecimento ou percepção (CALDAS, 2009).

Estudos evidenciam que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar em aproximadamente 5% na Faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os que têm 90 anos ou mais, isto se deve a presença mais frequente nessa faixa etária das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). (BRASIL, 2007, p.9)

A literatura mostra, ainda que dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” idade igual ou superior a 80 anos, são o segmento da população que mais cresce nos últimos anos (BRASIL, 2007, p.9). A partir deste contexto se torna necessário uma “avaliação funcional” diagnóstica, que servirá de base para uma intervenção quanto aos cuidados necessários para a saúde do idoso. Mais adiante esta avaliação foi denominada de avaliação multidimensional.

A avaliação multidimensional é definida como um processo de diagnóstico multidimensional, realizada através de uma equipe multidisciplinar sob os aspectos de saúde física, psicossocial e da capacidade funcional, com objetivo de traçar um plano terapêutico e acompanhamento em longo prazo. Esta avaliação é um processo global que envolve o idoso e a família. (MORAES, 2012)

Após a avaliação multidimensional, poderá ocorrer a identificação de múltiplos problemas como, físicos, funcionais psicológicos e socioambientais, caracterizando as causas mais frequentes de incapacidade, as quais resultam nas síndromes geriátricas. (UNASUS, 2014c, p. 4)

As Síndromes Geriátricas (SG) se manifestam no idoso de formas multifatoriais conforme citação da UNASUS, 2014c,p.3,

[...] condições multifatoriais que apresentam fatores de risco comuns (idade avançada, déficit cognitivo, funcional e de mobilidade) e possivelmente os mesmos mecanismos fisiopatológicos. A natureza multifatorial das SG

requer uma abordagem coordenada, multifacetada, interprofissional. Tal abordagem é distinta do modelo tradicional de prática em saúde. Portanto se inicia com uma avaliação multidimensional [...] Desnutrição; instabilidade postural/quedas; imobilidade; déficit cognitivo; incontinência esfincteriana; depressão; transtorno do sono; isolamento/ negligência/ violência; ulcera de pressão; iatrogenia/ polofarmácia e déficit sensoriais.

Importante ressaltar que o CRAI já realizava através dos profissionais da equipe básica, médico geriatra, enfermeiro e assistente social, a consulta de avaliação para todo idoso que era encaminhado pelo AM ou não, ao serviço. A partir do Protocolo/2012 (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2012), esta avaliação passou a contemplar o idoso com capacidade funcional comprometida.

Neste sentido a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde proposto pela PNSPI, a qual enfoca a importância de preservar a independência e autonomia pelo maior tempo possível. O protocolo do CRAI foi adotado de acordo com a PNSPI, segundo o modelo clínico-funcional, baseado em uma visão de saúde pública, situado na multidimensionalidade dos determinantes da saúde do idoso, sem desprezar a importância das doenças ou alterações físicas.

### 3.1 A ESCOLHA PELO IDOSO FRÁGIL E O ACESSO AO CRAI

Os estudos demonstram que alguns indivíduos podem envelhecer se mantendo robustos, o que significa o idoso com capacidade de gerenciar sua vida com autonomia e independência e não apresentando incapacidade. Mas à medida que o tempo avança, existe chance maior de o idoso desenvolver fragilidades, com a presença de declínio funcional e tornando-se incapaz de gerenciar sua vida. (UNASUS, 2014a)

Dessa forma, pode-se definir o processo de envelhecimento como: Senescência, um processo natural de envelhecimento, mesmo com alterações fisiológicas, com a preservação da capacidade funcional, sendo o idoso saudável. De outro lado a Senilidade, o envelhecimento que apresenta alterações fisiológicas com a presença de doenças. Esta situação pode levar a perda da autonomia e independência. (UNASUS, 2014a)

Portanto o termo frágil é usado para identificar o idoso com maior risco de desenvolver incapacidades, não existe um consenso para a definição de fragilidade. Estudos demonstram que o idoso frágil está presente em 10% da população mundial, porém é maior com o aumento da idade, sexo feminino, baixo nível sócio econômico, presença de comorbidades. (UNASUS 2014a).

O CRAI na sua escolha pelo idoso frágil adotou como forma de intervenção o conceito de fragilidade a partir da PNSPI, conforme preconizado no Protocolo/ 2012 o conceito de fragilidade, já descrito anteriormente. Não foi por acaso a escolha pelos idosos frágeis, considerando que o atendimento deste segmento etário constitui um grande desafio para o SUS e para a rede/SEMUS/PMV. Importante sinalizar que a faixa etária da população mundial que mais cresce são a dos idosos e, por sua vez o grupo dos idosos de 80 anos ou mais é o que mais aumenta, conforme demonstra os dados da OMS. (UNASUS, 2014a, p. 02):

Dados da OMS mostram que, no ano 2000, havia 600 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais no mundo, número que deverá dobrar até 2025 e atingir 2 bilhões em 2050. [...] dos atuais 69 milhões de pessoas de 80 anos ou mais no mundo, passaremos para cerca de 377 milhões em 2050.

Com o processo de envelhecimento a saúde precisa ser avaliada de forma muito mais abrangente do que em outras fases da vida. É necessário considerar as condições psíquicas, sociais e nutricionais. O protocolo do idoso foi pensado a partir da incapacidade funcional, sendo as causas multifatoriais frequentemente associadas à presença de doenças crônico-degenerativas, polifarmácia (uso de inúmeros medicamentos), sarcopenia (presença de alterações da massa e da função muscular) e alto risco de iatrogenia (efeito adverso das intervenções medica). Estas questões associadas estão presentes no idoso frágil que acarreta a perda da independência e/ou autonomia.

O protocolo de acesso ao CRAI, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 1999 e atualizada em 2006, visa identificar através da avaliação funcional em que nível as doenças ou agravos que o idoso apresenta o impede de realizar de forma autônoma e independente as atividades de vida diária. Essa

avaliação possibilita o desenvolvimento de uma intervenção mais adequada para saúde do idoso, estabelecendo como finalidade primordial dessa política recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos.

No entanto já existia a preocupação com a questão do envelhecimento saudável desde a Política do envelhecimento ativo da OMS de 2002, quando se chama a atenção para o principal problema que afeta os idosos, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Neste contexto o CRAI implantou o protocolo de acesso ao serviço, com a finalidade de atender o idoso com capacidade funcional comprometida. A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa (PNPSPI). Como já foi descrito anteriormente a independência e a autonomia, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa, pelo maior tempo possível.

Desta forma o protocolo de acesso ao CRAI contempla o idoso frágil com 60 anos ou mais com dependência para realização das AVD'S (Atividades de Vida Diárias), com comprometimento da capacidade funcional e dependência tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outros. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2012)

O protocolo do CRAI/2012 também foi pensado de acordo com o novo paradigma de saúde sobre o envelhecimento ativo, considerando o idoso não mais sobre o foco da presença ou ausência de doença, e sim introduzindo uma nova visão sob a ótica da funcionalidade. Embora, ainda que as doenças sejam mais frequentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional.

O CRAI também oferta às equipes de referência da Atenção Básica o Apoio Matricial, o qual se constitui como um arranjo de gestão organizacional e uma metodologia que contribui para o aumento da resolutividade e qualidade da atenção e da gestão da saúde da pessoa idosa. Essa resolutividade que o AM se refere está diretamente relacionada ao trabalho que a equipe do AM realiza junto a AB,

principalmente nas discussões de caso que antecedem a entrada do idoso no serviço, a qual possui como objetivo criar oportunidade de intervenção antes do agravo instalado. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2013)

A metodologia do Apoio Matricial na saúde do idoso é desenvolvida por meio de encontros dos matriciadores do CRAI com as equipes da Atenção Básica, sendo as reuniões previamente agendadas nos territórios. Nestes encontros são identificados os idosos que estão frágeis ou em risco de fragilização, assim como a identificação das demandas e necessidades das equipes/UBS, conforme já assinalamos anteriormente.

Uma das demandas mais frequentes do Apoio matricial são as discussões de caso que acontece através dos encontros com as equipes da atenção Básica, com objetivo de discutir sobre a situação de saúde do idoso e elaboração de Plano de Cuidado, o que pode resultar no encaminhamento para o CRAI, conforme o protocolo de acesso ao CRAI.

Após a identificação sobre o idoso frágil, que apresentamos acima, daremos início a descrição metodológica a qual utilizamos para realização da pesquisa.

## 4 METODOLOGIA DA PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para elaboração desse estudo foi utilizada a pesquisa descritiva e documental com uma abordagem quanti-qualitativa, por acreditar que essa metodologia nos oferece subsídios para compreensão do AM em Saúde do idoso no município de Vitória.

Segundo Deslandes e Assis (2008, p. 195) a contribuição da interação entre as duas abordagens provém de suas diferenças:

[...] a compreensão/ explicação em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, a doença terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde; a explicação em extensão de como esses sujeitos, agregados num nível populacional, tornam-se expostos/ vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem, como demandam tratamento/atenção. Não se trata de opor, superficialmente, micro a macro, profundidade e a superficialidade ou particular a geral. Mais que oposições binárias (portanto, simplórias), o quantitativo e o qualitativo traduzem, a cada qual á sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença. [...]

A pesquisa foi elaborada no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso CRAI, o qual se caracteriza como um serviço especializado em geriatria e gerontologia que compõe a rede de atenção à saúde do município de Vitória, e possui como objetivo atender os idosos com idade acima de 60 anos encaminhados pelas UBS do município, com comprometimento da capacidade funcional e dependência para as Atividades de Vida Diária, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outros.

O critério de escolha para realizar o estudo foi analisar as primeiras cinco UBS que implantaram o AM, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) se encontra organizada em 06 regiões de saúde, possuindo 30 UBS. A SEMUS escolheu essas 05 UBS para iniciar o AM devido ao fato das mesmas concentrarem o maior número de idosos de sua região de saúde, e também por todas possuírem o programa de Estratégia de Saúde da Família.

O estudo realizado teve como objetivo analisar como o Apoio Matricial em saúde do idoso contribuiu para potencializar a rede na relação entre o CRAI e a ABS no cuidado dos idosos, buscou também verificar se a metodologia do Apoio Matricial ampliou o acesso do idoso frágil a este serviço. Vale ressaltar que o estudo também objetivou analisar se este novo arranjo, AM, contribuiu de forma potente para o fortalecimento das equipes da ESF no que se refere ao atendimento do idoso na Atenção Básica.

Foi realizado um estudo baseado em uma pesquisa documental a partir de levantamento dos encaminhamentos das primeiras cinco UBS que iniciaram o Apoio Matricial na Saúde do Idoso (UBS Jardim da Penha, UBS Maruípe, UBS Santo Antônio, UBS Fonte Grande, UBS Jesus de Nazareth), com objetivo de verificar qual o motivo da demanda do encaminhamento para que o idoso fosse inserido no CRAI. Visou também compreender como o CRAI através do AM contribuiu para qualificar essa demanda. Para isso levantamos dados relativos a dois períodos: i) de outubro de 2007 a dezembro de 2008, período de 14 meses que antecedeu o início do Apoio Matricial; ii) de janeiro a dezembro de 2013, após 05 anos de implantação do Apoio Matricial.

Segundo Vergara (2013, p. 43), a pesquisa documental é o tipo de estudo baseado em registros e documentos, arquivos, em órgãos públicos e privados de qualquer natureza. Para realização do levantamento dos dados estudados recorreremos à elaboração de um instrumento de pesquisa que norteou as questões do estudo. Esse instrumento contou com informação referente aos seguintes dados: a origem dos encaminhamentos; a faixa etária do idoso; ao gênero; e por último o motivo que levou o idoso a ser encaminhado ao CRAI, sendo neste item indagado se o encaminhamento estava em acordo com o protocolo de acesso ao CRAI/ 2012.

O recorte para o estudo da amostra ocorreu em 113 encaminhamentos referentes ao número de demanda dos idosos de cada período. Sendo que no período de 2007 a 2008 foram analisados 48 encaminhamentos, e no período de 2013 foram analisados 65 encaminhamentos. Os encaminhamentos foram analisados a partir dos critérios de acesso do idoso no serviço, conforme o protocolo de acesso ao

CRAI do ano de 2012. Esse protocolo está vigente até a presente data e possui como objetivo identificar o idoso frágil com a capacidade funcional comprometida, e foi elaborado de acordo com a Política Nacional de Saúde do idoso, regulada pela Portaria 2.528/2006.

Foi realizada também uma entrevista em grupo com os profissionais da equipe básica do CRAI, composta por médicos geriatras, enfermeira e assistentes sociais. Estes profissionais foram escolhidos na equipe por serem os responsáveis por realizarem uma primeira avaliação do estado de saúde do idoso ao chegar ao serviço.

A entrevista para Deleuze (apud SOUSA, 2012, p. 87) em seu texto “A literatura e a vida”, é apresentada como uma forma de desenhar uma escrita que penetra no território desconhecido do outro. Sendo a oportunidade do entrevistado de contar aquilo que vivenciou, mas ainda não encontrou a melhor forma de se expressar. O mais importante disso é, portanto, abrir possibilidade para que o entrevistado possa contar sua história e permitir que este se aproxime de sua experiência. Neste sentido a entrevista contribuiu como um instrumento para realização do presente estudo.

Ressaltamos que esta pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, tendo sido aprovada a sua realização nos termos que aqui relatamos.

## 4.2 RESULTADO DA PESQUISA

Os dados analisados nesta pesquisa são referentes a dois períodos distintos, conforme descrevemos acima. Para melhor compreensão dos resultados os mesmos serão apresentados por período e, em seguida, será efetuada uma discussão a respeito das categorias identificadas no estudo.

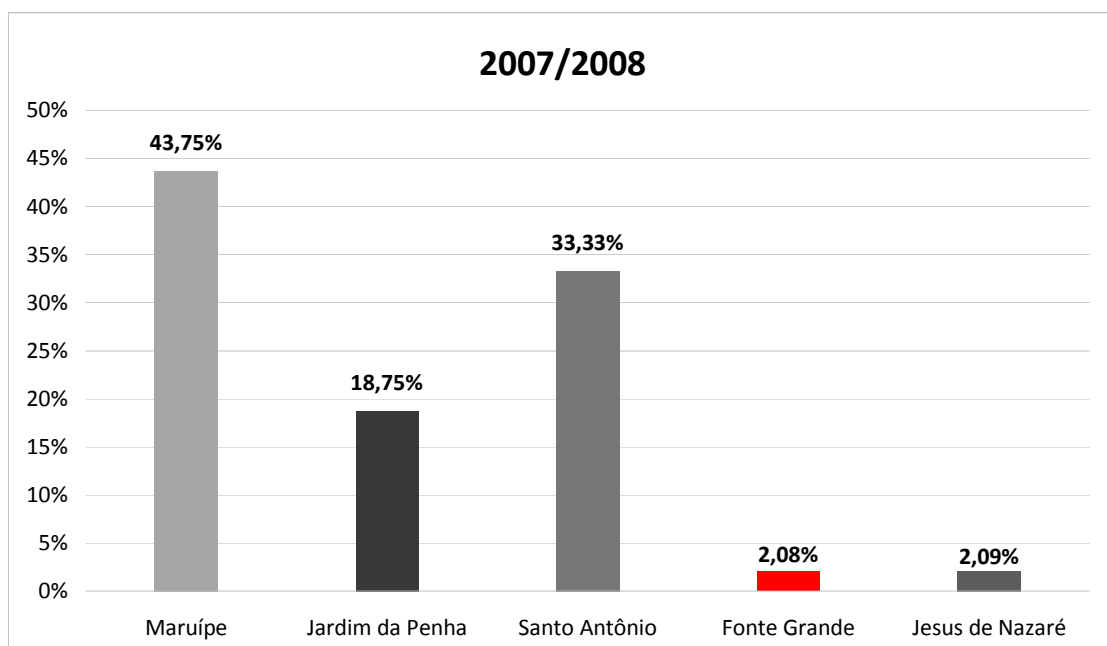


### 4.2.1 Perfil dos idosos encaminhados

Para delinear o perfil dos encaminhamentos dos idosos foi elaborado um instrumento de pesquisa com objetivo de identificar a origem dos idosos quanto a UBS, o número de idosos por faixa etária, a identificação dos idosos por gênero e por último identificar os motivos dos encaminhamentos. A seguir descreveremos o perfil dos idosos identificados no estudo.

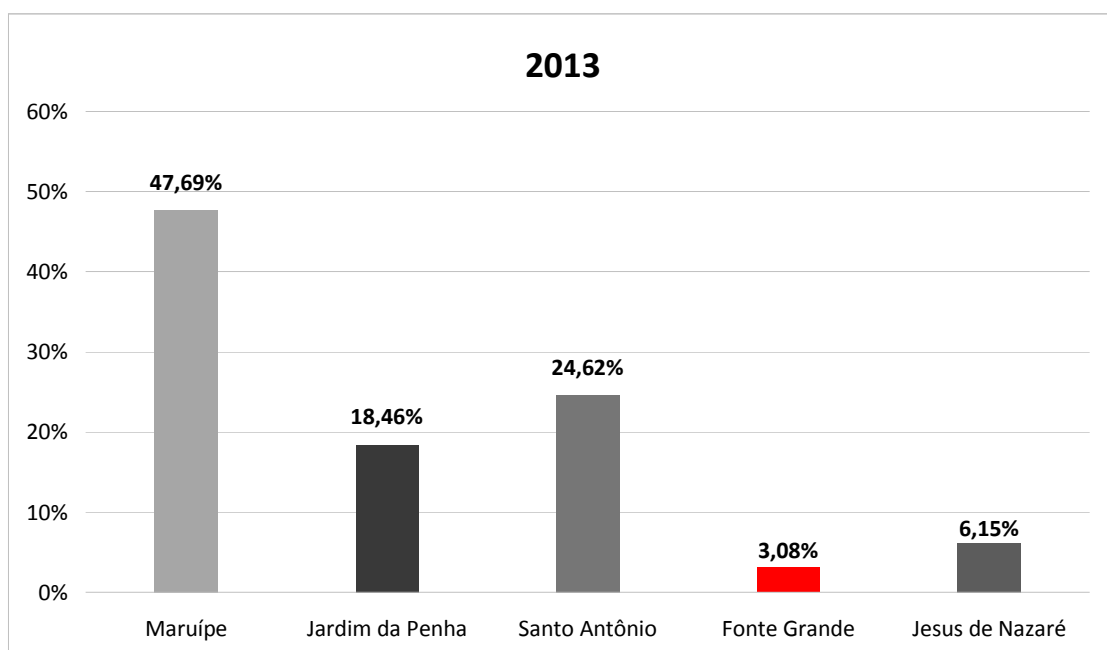
#### a) Quanto a UBS de Origem

Em relação ao período de outubro de 2007 e no decorrer de 2008, período que compreendeu 14 meses que antecedeu a implantação do A M. Neste período foram realizados 48 encaminhamentos ao CRAI provenientes das UBS estudadas. Sendo 43% (21) vindo da UBS de Maruípe, 33% (16) de Stº Antônio, 18% de Jardim da Penha, 2,09% (01) de Jesus de Nazaré 2,08% (01) de Fonte Grande. Conforme demonstra o gráfico 1 abaixo.



**Gráfico 1 – UBS de origem de 2007/2008**

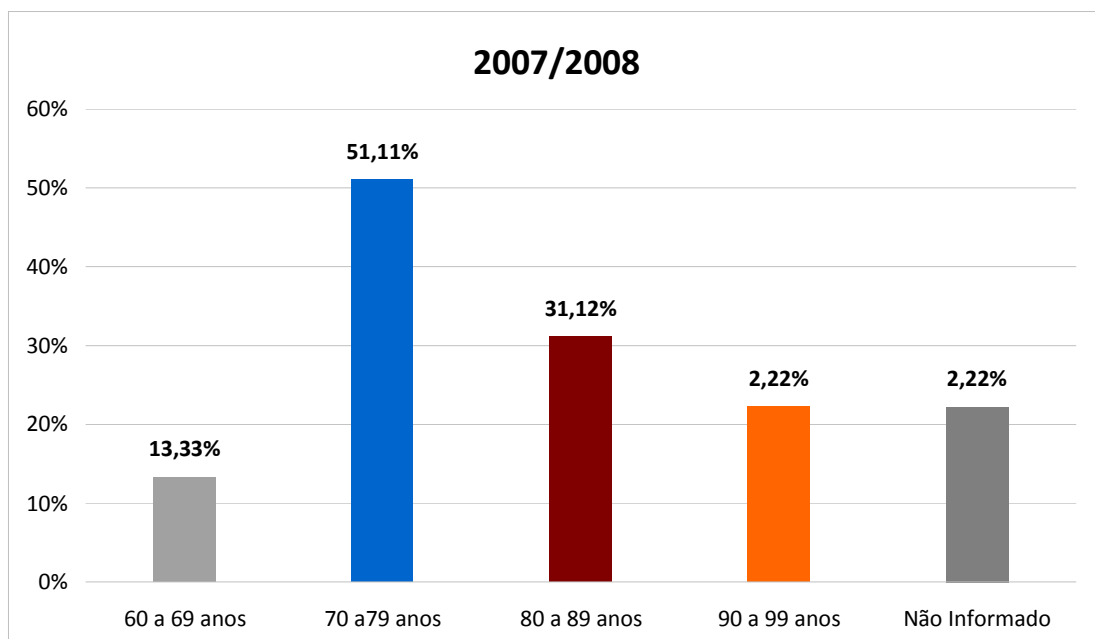
No que se refere ao período de janeiro a dezembro de 2013, cinco anos após a implantação do AM e um ano após a implantação do protocolo de 2012, foram analisados 65 encaminhamentos, destes 47,69% (31) foram encaminhamentos que vieram da UBS de Maruípe, 24,62% (16) de Stº Antônio e 18,46% (12) de Jardim da Penha, 6,15% (04) Jesus de Nazaré e 3,08%(02) de Fonte Grande. Conforme gráfico 2 abaixo:



**Gráfico 2 – UBS de Origem de 2013**

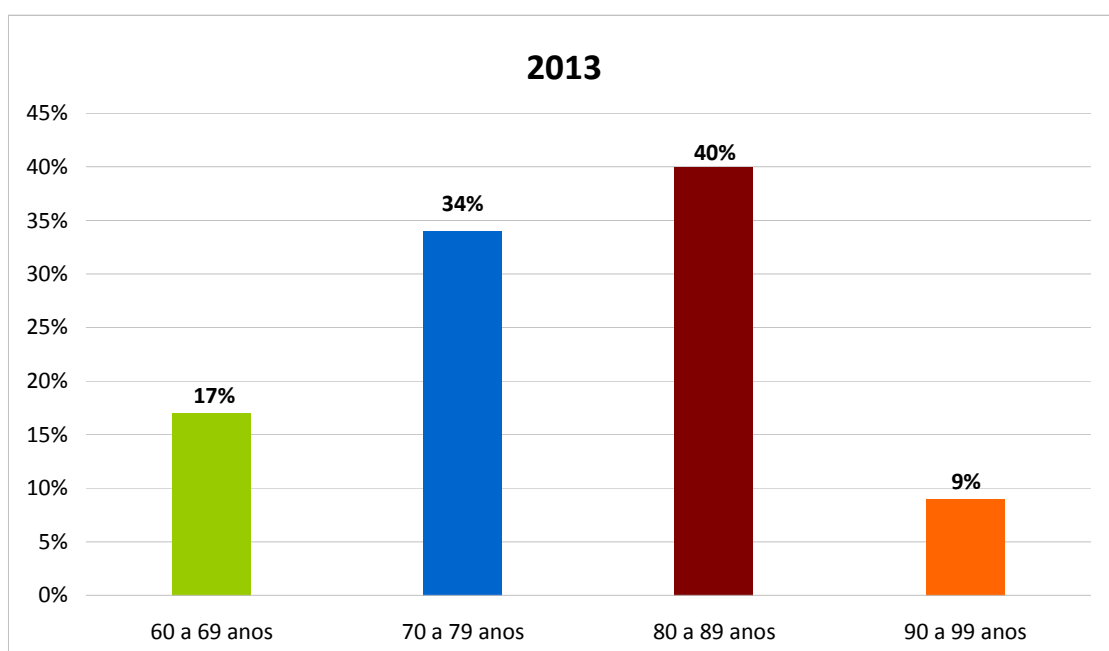
#### b) Quanto a Faixa etária

O estudo identificou que no período de outubro de 2007 a dezembro de 2008, constata-se a presença maior de idosos nas idades entre 70 a 79 anos, o que representa 51% (23) dos encaminhamentos analisados, em segundo lugar a faixa etária de 80 a 89 anos com 31% (13) dos encaminhamentos, e em terceiro lugar a faixa etária de 60 a 69 anos com 13% (05) dos encaminhamentos. De acordo com o gráfico 3 abaixo.



**Gráfico 3 – Demonstrativo do número de idosos por faixa etária 2007/2008**

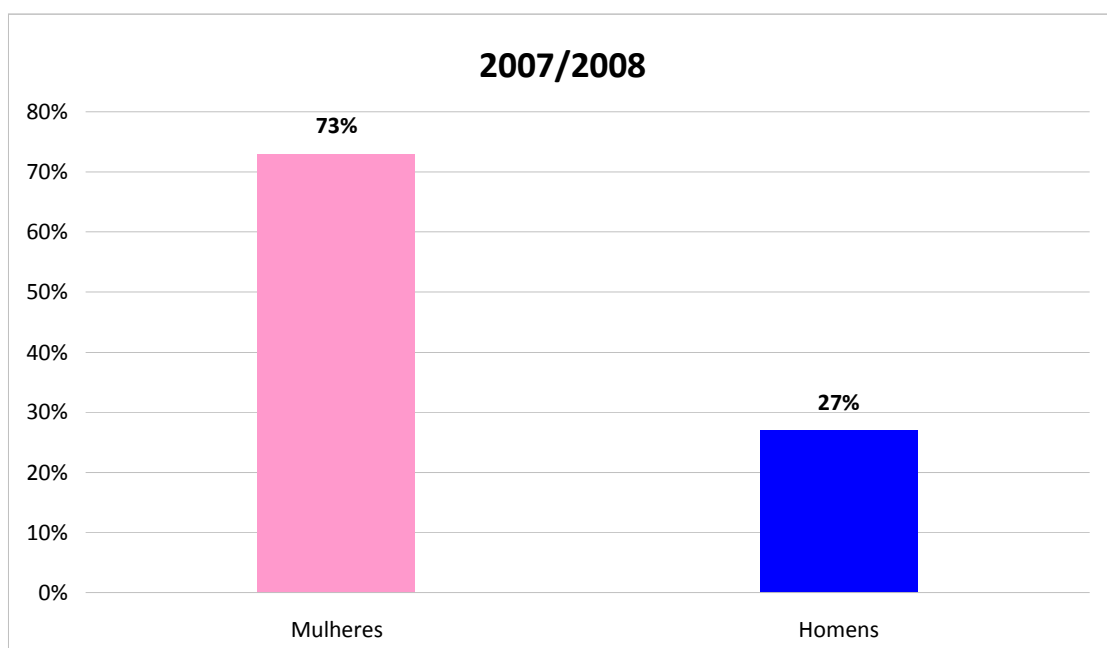
Já no ano de 2013 verificou-se maior número de idosos na faixa etária entre 80 a 89 anos, sendo um total de 40 % (26) dos encaminhamentos analisados, em segundo lugar a faixa etária de 70 a 79 anos, com 34% (22), e em terceiro lugar a faixa etária de 60 a 69 anos com resultado de 17% (11) dos encaminhamentos. Conforme demonstra o gráfico 4.



**Gráfico 4 – Demonstrativo do número de idosos por faixa etária de 2013**

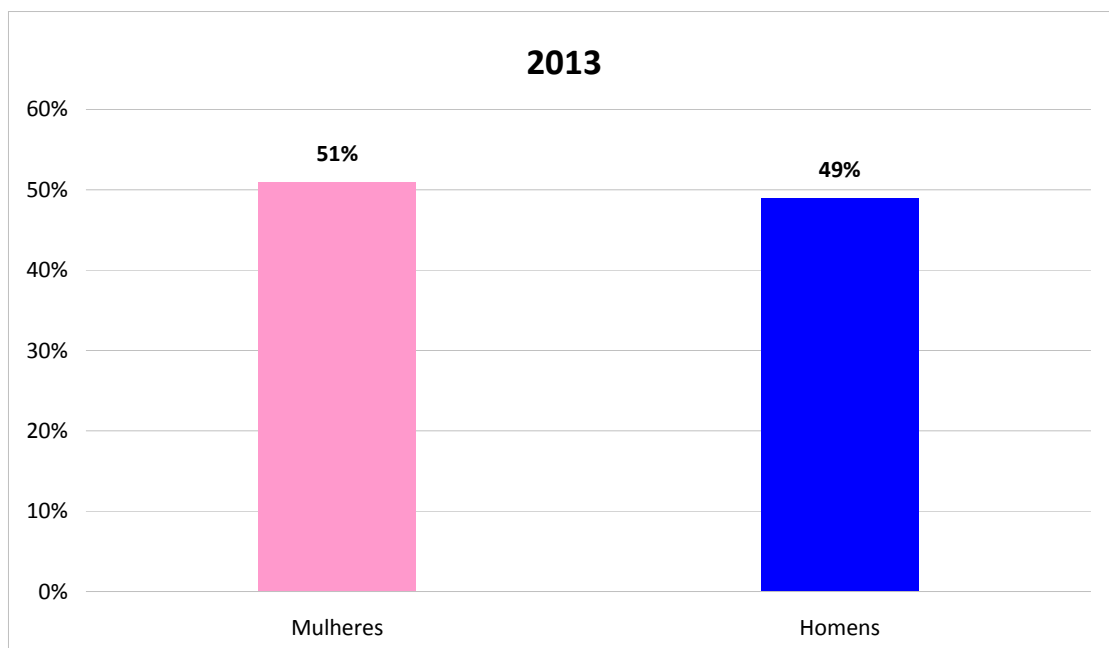
### c) Quanto ao Gênero

Em relação à questão de gênero no período de 2007/2008, os dados apontam que 73% (35) dos encaminhamentos eram de idosos do sexo feminino e 27% (13) eram masculinos. Os dados acompanham a tendência da feminilização do envelhecimento, conforme demonstra o gráfico 5 abaixo:



**Gráfico 5 - Identificação por Gênero de 2007/2008**

No período de 2013 constata-se a presença de encaminhamentos de 51% (33) de mulheres e de 49% (32) de homens ao serviço, conforme demonstra o gráfico 6 abaixo. Ou seja, houve um aumento considerável de sujeitos do sexo masculino.



**Gráfico 6 – Gênero de 2013**

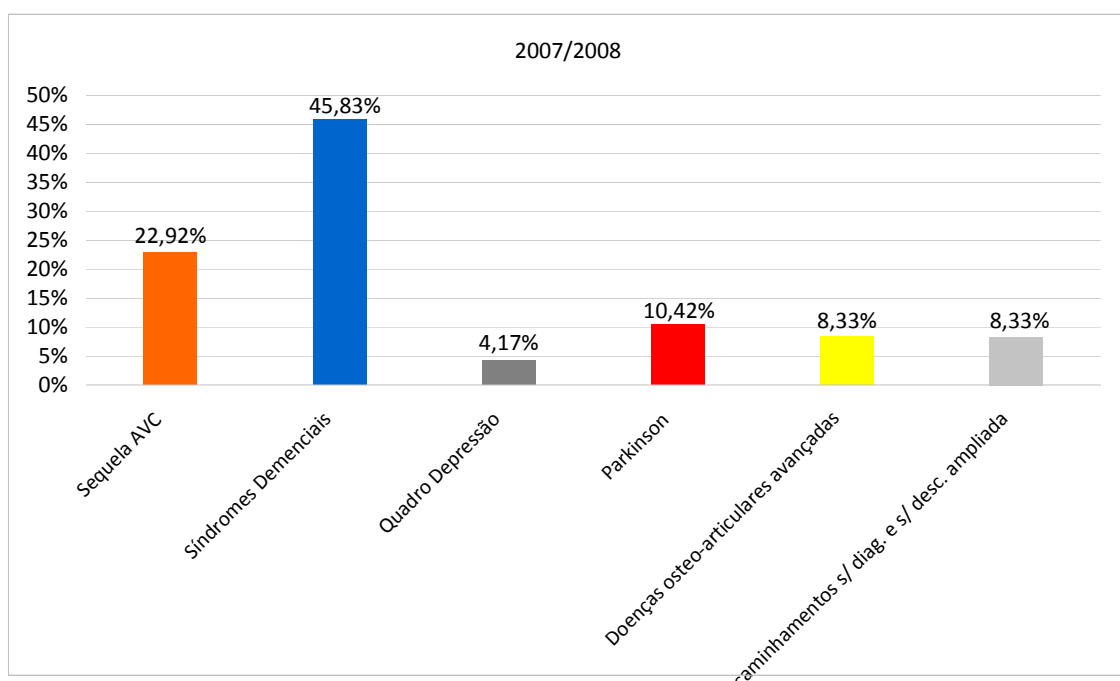
O crescimento do encaminhamento do sujeito do sexo masculino estava expressando aumento da capacidade de inclusão destes sujeitos? Teria o AM contribuído para ampliar a qualificação da rede e a inclusão de outros sujeitos?

#### d) Quanto aos motivos dos encaminhamentos

No período de 2007/2008 observou-se que as principais causas dos motivos dos encaminhamentos foram: 46% (22) de Síndrome demenciais/alterações de memória com comprometimento da capacidade funcional, como segundo motivo à sequela/AVC/com comprometimento da capacidade funcional, com resultado de 23% (11) dos encaminhamentos que acessaram o CRAI.

A terceira causa que compareceu neste período estudado foi a doença de Parkinson e/ou outros distúrbios do movimento/comprometimento da capacidade funcional, com um resultado de 10% (05) dos encaminhamentos que vieram da AB, e a quarta causa com 8,33% (04) de doenças osteoarticulares.

Os demais 8,33% (04), encaminhamentos com perfil diferenciado do público do CRAI, também participaram do acolhimento através de uma reunião e entrevista familiar com a equipe interdisciplinar, sendo acolhidos e encaminhados para outros serviços (um encaminhado para UBS de origem da própria rede, um encaminhado para o serviço de saúde de seu município e o terceiro encaminhado para um serviço especializado/escola fora da rede de saúde do município de Vitória). A seguir segue o gráfico 7 que analisa os motivos dos encaminhamentos entre o período de 2007/2008 conforme análise apresentada.

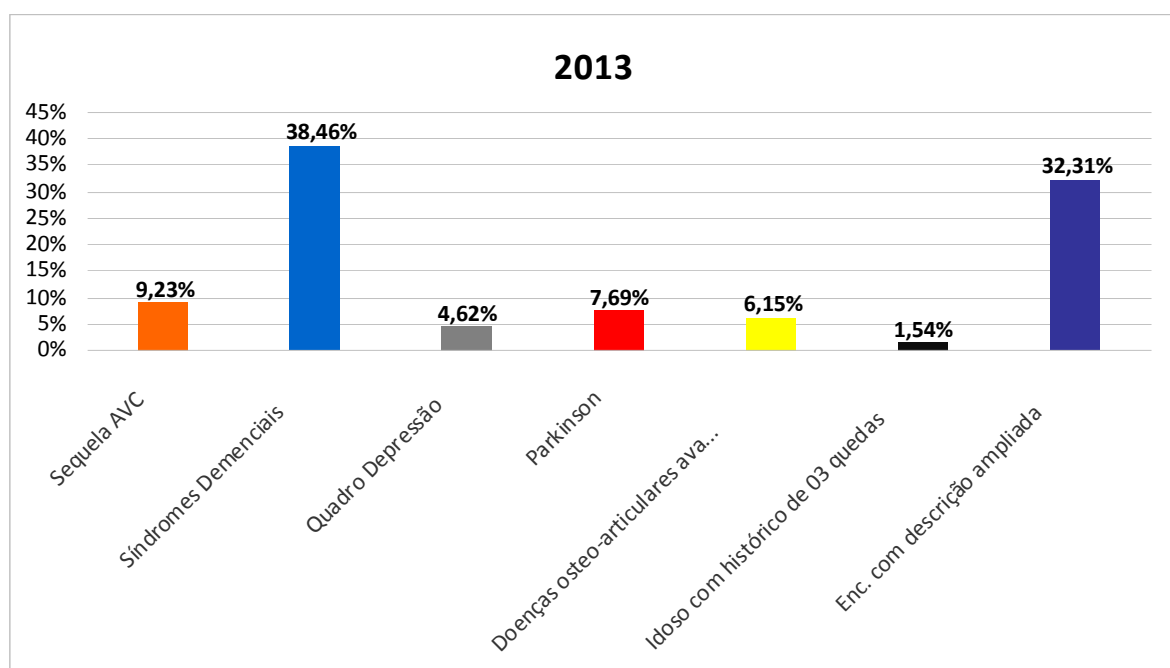


**Gráfico 7 – Motivos dos encaminhamentos de 2007/2008**

No que se refere ao período janeiro de 2013 a dezembro de 2013, no qual o protocolo de 2012 já havia sido implantado, podemos observar que este documento foi um norteador para a discussão no Apoio Matricial. A criação do protocolo da saúde do idoso foi importante para ampliar o acesso do idoso ao CRAI, sendo que as vagas para o ingresso do idoso no serviço passaram a ser reguladas pelo SISREG.

Do total de 65 encaminhamentos, 38% (25) apresentaram como principal motivo as Síndromes Demenciais, a segunda causa compareceu a sequela de AVC com 9% (06) dos encaminhamentos, e a terceira causa dos encaminhamentos foi a Doença

de Parkinson com 8% (5) dos encaminhamentos. Chama-nos atenção em relação ao grande número de encaminhamentos, 32,31% não abordavam apenas a patologia e sim apresentavam uma descrição com enfoque na situação de saúde ampliada com características sócio cultural e ambiental, em relação ao qual o idoso vivia. Nestes encaminhamentos compareciam questões relativas a limitações do idoso quanto à capacidade funcional, no tocante a comunicação, humor, mobilidade e outras limitações.



**Gráfico 8 – Motivo dos encaminhamentos de 2013**

#### **4.2.2 Discussão sobre as categorias de análise: origem do encaminhamento, idade, gênero, e motivo dos encaminhamentos**

Este item apresenta reflexões acerca desta pesquisa, tendo a finalidade de correlacionar os resultados encontrados no CRAI/Vitória com os achados observados em outros estudos.

Em relação a faixa etária, no período de 2007/2008 comparece a presença maior de idosos entre 70 a 79 anos, em segundo lugar a faixa etária de 80 a 89 anos e em terceiro a faixa etária de 60 a 69 anos dos encaminhamentos. Já no período de

2013, verificou-se maior o número da faixa etária de 80 a 89 anos, em segundo a faixa etária de 70 a 79 anos e em terceiro a faixa etária de 60 a 69 anos dos encaminhamentos.

Isso aponta que a população que chega ao serviço são os idosos frágeis, sendo assim o CRAI acolhe, desde sua criação, a população alvo. No período de 2013 comparece a presença dos octogenários, o que confirma a presença dos idosos mais velhos, e demonstra uma mudança no perfil do serviço. Os profissionais entrevistados identificam que a chegada destes pacientes cada vez mais debilitados, com comprometimento da capacidade funcional e por sua vez com pouca chance de reabilitação, passa a demandar um maior conhecimento e formação constante, por parte dos profissionais.

Uma indagação que fazemos quanto ao grupo da faixa etária dos 60 anos que não comparece no CRAI, pode ser que essa faixa etária esteja sendo cuidada na ABS, ou ainda isto pode significar o efeito positivo do AM, ou seja, os resultados das discussões efetuadas por meio do AM. Entretanto, não temos elementos para podermos confirmar esta sinalização, uma vez que na produção de dados do levantamento da pesquisa não foi possível identificar os casos que passaram pela discussão do AM. Penso que a não identificação do caso pode demonstrar fragilidade nos registros, indicando a necessidade de aperfeiçoar a forma de produção dos relatos a fim de avaliar os efeitos do trabalho do AM, como também de produzir dados que possam contribuir no estudo da epidemiologia.

Conforme está posto na PNSPI, o idoso com idade de 75 anos ou mais é considerado frágil, mesmo que seja independente para as atividades. Verifica-se que não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando. Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004). Estudos mostram que a população dos muitos idosos é a que mais cresce, ou seja, a população idosa também está envelhecendo. A população idosa no Brasil é heterogênea, no ano 2000 o número de idosos representou 12% da população, porém existe um segmento do idoso brasileiro que se encontra com boas condições de saúde, com



sua capacidade funcional preservada, e outro grupo de idosos com maior vulnerabilidade.

A parcela dos octogenários aumenta de forma significativa, este grupo vai crescer 9% ao ano entre 2030 e 2050 e representará mais de 6% da população brasileira (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2011, p. 75). Essa mudança no perfil de idosos nesta faixa etária constata-se também em Vitória, onde verificamos que o número de idosos com 80 a 89 anos corresponde a um percentual de 13% dentre a população dos idosos do município, conforme população estimada pelo IBGE/PMV SEGES 2012. O número de idosos no estudo realizado no CRAI em Vitória, no período de 2013, compareceu um aumento dessa faixa etária com total de 40% dos encaminhamentos.

Portanto constatamos a presença maior de idosos na faixa etária de 80 a 89 anos que chega ao CRAI provocando impacto nos serviços de saúde e, por sua vez, levando a rede SEMUS a criar alternativas de intervenção diferenciadas para este público, considerando que o número de idosos do município de Vitória é de 40.088 idosos, conforme população estimada pelo IBGE/PMV SEGES 2012. Para ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde do município, a escolha pela metodologia do Apoio Matricial foi uma das alternativas utilizadas para o atendimento ao idoso.

Em relação à questão de gênero, nos dados da pesquisa constatamos a presença maior do sexo feminino nos encaminhamentos dos dois períodos estudados. O que confirma o dado quanto as mulheres possuírem uma maior sobrevida em relação aos homens. O que confirma os estudos realizado por Camarano et al (2004), Camarano et al (1999) e Saad (1999).

No Brasil a predominância feminina entre os idosos é um fenômeno na área urbana, diferentemente da área rural que predominam os homens. Segundo dados do IBGE/PMV SEGES 2012, Vitória possui 40.088 idosos, sendo a maior predominância na faixa etária de 60 a 69 anos, significando 54% do total. Verifica-se ainda que o percentual de mulheres é maior em todas as faixas etárias, chegando a 75,43% para as pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos, o que

confirma também em Vitória a tendência de feminização do envelhecimento. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais velho for o idoso estudado.

Uma questão importante abordada nos estudos em relação à longevidade da população feminina se deve a vários fatores, dentre eles, destaca-se a proteção hormonal, inserção diferente no mercado de trabalho, consumo diferente de tabaco e álcool, e em relação a não existência de programas de saúde de grande alcance especificamente voltados para os homens, ao contrário do que ocorre com crianças, mulheres e idosos.

Observa-se que é frequente a presença de mulheres nas UBS. Antes da manifestação de agravos de saúde, a mulher realiza o pré-natal, assim como expressa adesão aos métodos de rastreamento das neoplasias. Considerando que as mulheres também acompanham os pais e os filhos aos serviços de saúde, as visitas às UBS representam uma chance de diagnóstico precoce de diabetes e hipertensão, o que potencializa as vantagens da mulher em relação ao homem. (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2011, p. 78)

Considerando que os estudos confirmam que as mulheres vivem mais e, por sua vez, aumentam as chances de terem limitação da capacidade funcional decorrente do envelhecimento, tal fato indica maior necessidade de tempo de cuidado dos serviços de saúde e da família.

Em relação aos encaminhamentos da UBS de origem, nos dois períodos se constata um número maior de encaminhamentos vindo do território de Maruípe, em segundo do território de St.<sup>o</sup> Antonio e em terceiro do território de Jardim da Penha. Identifica-se nestes territórios um contingente significativo da população idosa do município, motivo que nos levou a escolha do estudo e também para o desenvolvimento do Apoio Matricial.

Chamou-nos atenção em relação ao território de Jardim da Penha, no qual identificamos um número menor de encaminhamento em relação às UBS de Maruípe e St.<sup>o</sup> Antonio, tendo em vista, segundo dados do IBGE/PMV SEGES 2012,

que o território de Jardim da Penha possui o maior número de concentração de idosos do município, com 4.693 idosos. Dentre os territórios estudados, o de jardim da Penha se caracterizou em terceiro lugar quanto à origem dos encaminhamentos, ficando atrás de outros territórios com menor número de população. Observamos que este fato acontece nos dois períodos estudados. Vale ressaltar que o bairro de jardim da Penha caracteriza-se por ter no seu território uma grande população composta de classe média, e em sua maioria usuária do setor de saúde suplementar, com uma parcela de 60,96% com plano de saúde. (Vitória, ES. Secretaria Municipal de Saúde... 2016)

Esses dados merecem atenção, pois o baixo número de encaminhamentos tanto pode significar dificuldade de acesso ao serviço, quanto pode indicar ampliação do acesso ao cuidado na Atenção Básica. Tal dificuldade pode ser multifatorial, considerando a heterogeneidade do envelhecimento, esses idosos podem estar submetidos a diversas situações, desde a dificuldade de acesso relacionado a própria organização do sistema de saúde até as situações de negligência e autonegligência a que essa população é submetida, que independe de classe social.

Em relação ao item analisado quanto aos motivos dos encaminhamentos nos dois períodos foi constatada como a maior causa a presença das síndromes demenciais/ alterações de memória com comprometimento da capacidade funcional. Conforme estudo realizado em Catanduva SP, os estudos mostram que após 65 anos a prevalência das demências dobra a cada 05 anos, o que corresponde a 05% da população idosa (UNASUS, 2014a). A demência é definida como uma síndrome clínica de natureza crônica progressiva decorrente de múltiplos déficits cognitivos e se caracterizam por alterações na memória, alterações no comportamento, levando a perda funcional e social.

Estudos demonstram que tem aumentado a prevalência das demências nas diversas faixas etárias, o que se deve há dois fatores: o significativo aumento da expectativa de vida da população mundial e a maior sobrevivência das pessoas acometidas por demência, devido a melhora dos cuidados ofertados, assim como ao tratamento com medicações específicas para demência de Alzheimer. (MACHADO, 2011).

Conforme levantamento realizado nos EUA pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, a demência de Alzheimer é a sexta maior causa de óbito em todas as idades (XU et al, apud MACHADO, 2011, p. 178). No Brasil, apesar de muitas lacunas nas estatísticas, considera-se que em 2010 foram aproximadamente 1,25 milhões de pessoas acometidas por prevalência de demências de acordo com estudos locais de base populacional.

Outro dado que compareceu como segundo maior motivo de encaminhamento nos dois períodos foram as causas com sequela/AVC com comprometimento da capacidade funcional. Estudos mostram que nas faixas etárias mais avançadas a Doença Cérebro Vascular (DCV) representa um dos maiores problemas de saúde, sendo até 40 vezes mais frequente acima dos 75 anos, em comparação com pessoas abaixo dos 45 anos. A prevalência é elevada em todo o mundo e vem aumentando à medida que mudam os hábitos da população. A partir dos 60 anos o risco de DCV dobra a cada 10 anos. (PY, 2011, p. 264)

Na maioria dos países desenvolvidos, as DCVs representam a terceira causa por morte e são as responsáveis pela maior causa de incapacitação nos países ocidentais. Em torno de 31% dos sobreviventes de um Acidente Vascular Encefálico (AVE), precisam de auxílio para realizar as atividades de vida diária, (AVD), 20% necessitam de assistência para deambular e 16% necessitam de internação hospitalar, porém o Brasil possui menor gasto com as internações por DCV para pacientes idosos do que para população em geral. O que demonstra a necessidade de dar maior importância às particularidades dessa doença, considerando a presença maior nos idosos. No Brasil as DCV representam a principal causa de mortalidade entre a população idosa. (PY, 2011)

As DCV se caracterizam por anormalidades no encéfalo, provenientes de alterações vasculares que podem ocorrer,

[...] por obstrução de um vaso, impedindo a perfusão sanguínea em determinada região, levando à isquemia e, eventualmente, ao infarto cerebral (AVE isquêmico). Ou pode ocorrer a ruptura do vaso, causando hemorragia intracraniana (AVE hemorrágico). (PY, 2011, p.265)

Importante ressaltar que o mundo todo, assim como o Brasil, já vem se preocupando com a necessidade de fazer a prevenção primária do AVC o que significa uma boa perspectiva para os próximos anos.

A terceira causa que compareceu também nos dois períodos estudados foi a doença de Parkinson/ou outros distúrbios do movimento/comprometimento da capacidade funcional. A literatura informa que a doença de Parkinson e outras síndromes parkinsonianas são as causas de tremores de repouso e afeta de 1 a 2% da população acima de 65 anos. A idade é o principal fator de risco, sendo mais presentes nas mulheres. A doença de Parkinson é um transtorno neurológico, progressivo e leva a dificuldade da marcha, distúrbio do movimento e como consequência a incapacidade funcional. (PINHEIRO, 2011, p. 285)

Este encaminhamento para o serviço especializado fora da rede pública de saúde foge da proposta do modelo de acompanhamento integral, conforme preconizado no documento sobre as diretrizes do cuidado para o idoso no SUS, demonstra também necessidade da criação de um serviço de reabilitação na Atenção Básica.

#### **4.2.3 Discussão sobre o apoio matricial em relação à demanda que acessou o serviço, conforme análise do instrumento de pesquisa e entrevista com os profissionais do CRAI, referente ao período de 2013.**

Como resultados dessa discussão compareceram duas categorias que podem apontar para mudanças positivas em relação ao Apoio Matricial, conforme identificamos abaixo.

A primeira é a mudança na descrição dos motivos do encaminhamento, incluindo considerações sobre ampliação da clínica e a importância de não se reduzir o idoso à patologia. E as possíveis contribuições análises indicadas do AM para essa mudança, ressaltando o protocolo e a regulação.

A segunda é o perfil dos idosos atendidos pelo CRAI, analisando a possível retenção dos idosos "menos frágeis" na atenção básica e como isso aponta para a

potencialização da rede de cuidados. Talvez seja mais uma contribuição do AM na formação das equipes de PSF que se sentem mais aptas a cuidar dos idosos na AB.

Em relação à primeira categoria, importante ressaltar que no período de 2013 se observa nos relatos dos encaminhamentos uma melhora quanto à descrição da história dos usuários nos encaminhamentos, com riqueza de detalhes sobre a condição de saúde do idoso abordada através das dimensões sócio-cultural e familiar. Percebe-se presente nestes encaminhamentos uma mudança de enfoque voltado para o novo paradigma da capacidade funcional do idoso, conforme discussão realizada pela equipe no AM nas UBS, onde aconteciam as reuniões do apoio da saúde do idoso. Segue abaixo alguns exemplos dos encaminhamentos com abordagem dessa natureza:

[...] Realizado visita domiciliar dia 13/12/2012 pela manhã, paciente em (beg) [Bom Estado geral], confusa, não sabia o dia do mês, ano, data de aniversário mini exame do estado mental com 06 pontos (muito baixo). Diz que quer muito trabalhar, não aguenta ficar o dia todo dentro de casa. Me leva para ver a varanda que dá de frente para avenida. Diz que fica as madrugadas ali olhando para o convento que fica todo iluminado a noite, paciente com olhar triste, diz que está bebendo para passar o tempo e relaxar. Pergunto sobre a família, diz que tem uma irmã no Rio e que não liga para ela, ao contar ri do seu irmão que morreu e amava. Casa muito limpa e bem organizada, roupas dentro do balde recentemente lavadas. Paciente com cabelos cortados em boas condições de higiene, unhas cortadas e pintadas recentemente, ela diz que foi ela quem pintou e me mostra esmalte da mesma cor. RCR 2 T bn (Enc. P. 1, 2013)

[...] Paciente idosa, acompanhada do neto. Realizo avaliação da deglutição. Paciente com história de isquemia leve em hemisfério cerebral esquerdo com alterações na fala na deglutição e na mímica facial, segundo neto, na avaliação da fisioterapia do plano de saúde da Santa Casa de Misericórdia de vitória. Foi observado leve perda do equilíbrio e da coordenação motora. Paciente queixa de dificuldade de deglutição em todas as consistências de alimento. Relata que senta comida parada na garganta. Relata que tem consulta marcada para dia 29/05/2013 para avaliação gastroenterologica-exame. Avalio deglutição com oferta de dieta por (VO) via oral: paciente deglute colheradas rasas cheias de iogurte (líquido pastoso), sem sinais clínicos de estase de dieta em região faringolaríngea, na deglutição de pedaço pequeno de pão de sal (mastigado) paciente relata sensação de bolo parado na garganta, relata que está "empazinada", informo que mastigou somente com a prótese superior, após manobra de tosse após Deglutição e deglutição com esforço relata sensação de bolo parado na garganta. Neto relata que observa melhora da qualidade da fala. Relata história previa de disfagiaorofaríngea progressiva anteriormente ao insulto recente. Neto relata tosse após a deglutição nas refeições. Na avaliação da deglutição de líquido (água potável) observo deglutição com esforço, movimento associado de cabeça para o lado direito, tosse e engasgo. Relata que come pera e não engasga. Relata que não engasga com sopa. Exclui os alimentos de consistências líquida e sólida. Orientações: alimentar se somente com alimentos de consistência líquida

pastosa (iogurte, sopa) e consistência cremosa Opurese cremes, mingal. Continuar se alimentando com dietas (frutas em pedaços e pão doce molinho) somente se não apresentar tosse e engasgo durante a apos a deglutição. Deglutir com força- durante as refeições, tossir e deglutir se sentir vontade de tossir apos deglutição inspirar e falar continuamente o som do fonema /i? 2 minutos x 3, continuar realizando exercícios de face bico e estala 3x10 e bico de beijo estalado 3x10. No final de semana retrasado, sentiu dores abdominais e tomou vários laxantes, sentiu tontura, fraqueza nas pernas e generalizada, dificuldade da fala (rouquidão e fala pesada), dificuldade de deglutir. Ficando acamada desde então, alimentando se de liquido pastoso, com maior dificuldade com medicamentos. Paciente chora, reclama da falta de independência. Neto relata que não levou a nenhum medico já que a mesma se nega. Encaminho e oriento para o CRAI-vitória. Orioento para neto e paciente sobre atendimento multiprofissional, possível seguimento com fonoaudiologia, geriatra e outros profissionais de equipe multiprofissional. (Enc.P.2, 2013)

[...] Idoso com DRG+hipotireoidismo + DM +Liquen, iniciou quadro de déficit cognitivo súbito com desorientação. Cuidadora relata agressões físicas, relata que o paciente quer retirar toda roupa, inclusive a íntima. Encontrado em casa apenas de calção. Fala sem sentido, sem parar. Não se lembra das pessoas, de fatos. Usando há 10 dias: quetiapina 25, clonazepan, foi prescrito exelon, mas ainda não foi adquirido, ainda sem melhora. Hipótese diagnóstica: Quadro demencial AVE/ motivo: avaliação e acompanhamento (Enc.P.3, 2013)

Neste contexto o protocolo de acesso ao CRAI era utilizado como um instrumento para nortear as discussões sobre o acesso do idoso, assim como um guia na contribuição nas reuniões do AM. Este protocolo funcionava com um caráter formativo na construção de saberes sobre a saúde do idoso, despertando um olhar diferenciado para essa parcela da população que se encontrava no território, porém com pouca atenção destinada a ela.

De acordo com a mudança dos relatos nos encaminhamentos apresentados acima, verifica-se então que pode ser resultado das reuniões do AM da saúde do idoso, considerando a ação das duplas no AM quanto à dimensão do caráter técnico pedagógica e ao apoio educativo, desenvolvido junto a AB. (CAMPOS et al, 2014).

No período de 2013 chama-nos atenção em relação à significativa parcela dos 32 % (21) dos encaminhamentos que não abordam apenas a patologia específica, avançam trazendo descrições do quadro funcional do paciente, rompendo com a lógica do foco na doença. Observa-se quanto às informações que vinham nos encaminhamentos já apontavam para uma mudança de paradigma, pois a descrição contida não enfatizava a doença e sim relatavam condições genéricas do idoso ou

da situação vivida relacionadas a questão social, polifarmácia, polipatologias. Conforme os exemplos de alguns encaminhamentos descritos abaixo:

[...] Paciente idosa, frágil, limitada ao leito, diminuição importante da acuidade visual, hipertensa e diabética. (Enc. P.4, 2013)

[...] Idosa semianalfabeta e hipertensa mal controlada. TSH elevado, hipertrigliceridemia, esteatose hepática. Faz uso irregular das medicações. (Enc. P.5, 2013)

[...] Idoso ansioso com polipatologia. Avaliação clínica (Enc. P.6, 2013)

O modo de construção destes relatos contidos nos encaminhamentos pode demonstrar algumas questões que nos colocam a pensar em relação a discussão para o novo paradigma, cujo acesso do idoso na rede não mais está focado na doença, e sim centrado na condição da capacidade funcional, a qual se caracteriza pela autonomia e independência do idoso. Ainda que seja necessário assinalar que a autonomia e independência não podem ser circunscritas exclusivamente à capacidade funcional.

Neste novo paradigma o enfoque é dado em relação à condição de saúde do idoso, avalia-se quais são as perdas que o idoso está tendo, independente deste apresentar ou não alguma doença. A pergunta é referida em relação se o idoso possui algum impedimento em realizar suas atividades de vida diária.

Esta constatação nos leva a várias indagações: Será que devido à presença do AM, os profissionais da AB passaram a ter um olhar diferenciado em relação ao idoso, de maneira a gerar dúvida quanto à necessidade de uma avaliação geriátrica? Expressa dificuldade em distinguir o idoso frágil do idoso saudável? Passaram a encaminhar também aquele idoso que apresenta alguma queixa em relação ao processo de envelhecimento?

Neste sentido, conforme compareceu na entrevista dos profissionais, o AM realiza discussão de caso com enfoque no contexto sócio ambiental, como em situação de violência, abandono que vai além do diagnóstico exclusivamente nosológico, considerando a saúde a partir de um conceito ampliado que interfere na condição de saúde deste idoso. Esta forma ampliada de conduzir a clínica, colocando o idoso



como sujeito, envolvendo a família e os diferentes atores no processo quando necessário, é que contribui junto a AB de forma potente para cuidado da saúde do idoso.

Também de acordo com as entrevistas dos profissionais já compareciam nos encaminhamentos os efeitos do AM, quanto ao cuidado dos profissionais da AB dispensado aos idosos. Pois a partir das discussões de caso nos encontros das reuniões do AM, os encaminhamentos passaram a apresentar a história clínica mais detalhada, de forma a contribuir na compreensão da situação de saúde do idoso que chegava ao serviço. Percebe-se o relato de informação mais detalhada nos encaminhamentos efetuados em 2013 e outro modo de relatar a situação de vida destes sujeitos nos encaminhamentos realizados em 2007, de forma ainda focada na doença. Como demonstram os encaminhamentos abaixo, registrados nestes diferentes períodos:

[...] Paciente idosa, em bom estado geral, mora sozinha, acompanhada por uma neta somente durante a noite. Sofreu queda em dezembro de 2012, após este episódio apresenta dificuldade a de ambulação. Humor depressivo, que relaciona a sua limitação funcional. [...] (Enc. P 6.M /2013)

[...] Paciente encaminhado ao CRAI, doença de Parkinson.[...] (Enc.P1.M /2007)

Outra situação poderia ser a apropriação gradativa do conceito de capacidade funcional, em substituição à avaliação focada na doença, o que levaria a UBS a encaminhar os idosos que apresentassem dúvidas na avaliação da equipe. São reflexões ainda empíricas que não temos resposta, mas que podem apontar para os efeitos do apoio matricial na qualificação da demanda.

Outro fator importante apontado pela entrevista dos profissionais pode ser já um resultado do efeito do AM em relação ao acesso do idoso no CRAI a partir da visão do comprometimento da capacidade funcional, e não mais focado na doença. As discussões sob este novo olhar eram realizadas pela equipe do AM, onde as duplas do AM junto à equipe da AB promoviam discussões a respeito do significado deste novo paradigma, conforme demonstrado em trecho da entrevista abaixo:

[...] Antes era focado na doença, ele teve um AVC. O que muda? Hoje, ele vem por que ele teve um AVC, e porque ele teve uma perda da funcionalidade, o que limitou o idoso. Ele não vem por causa do AVC, ele vem por causa das perdas que ele possui. (Entrev./C P 1)

As equipes do apoio matricial fazem a discussão junto a UBS, sobre este novo paradigma, um olhar sobre as perdas, as limitações que impedem o idoso de realizar atividades de vida diária, este é o paradigma da capacidade funcional. A intervenção não é mais direcionada nas patologias, mas sim focada na funcionalidade do idoso, conforme reforça a fala da assistente social do serviço afirmando que “a tônica do trabalho está no paradigma da capacidade funcional”, confirmando a melhoria dos encaminhamentos a partir da mudança de paradigma.

Ou seja, a necessidade de saúde assim como a qualificação da demanda está relacionada a uma escuta qualificada, valorizando e respeitando a diversidade humana, cultural, social. Assim o enfoque será no usuário e não na doença, a escuta qualificada sobre a demanda apresentada, possibilitaria a oportunidade de construção de propostas de caminhos para mudança da clínica. Para tal reconhecimento requer mudanças estratégicas na produção do cuidado em saúde, que inclui mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde. (PINHEIRO et al, 2005, p. 24).

O vínculo compareceu na entrevista com os profissionais como um grande ganho tanto para o CRAI como para a AB. Após a implantação do AM houve uma maior aproximação, no que se refere a interação entre o CRAI e as UBS, sendo que as UBS passaram a ter conhecimento sobre o trabalho que o CRAI desenvolvia e também sobre a forma de intervenção do AM. Importante salientar que o diálogo promovido através da equipe do AM possibilitou a construção do vínculo e facilitou o processo de construção para ampliar o modo de cuidar do idoso. Segundo a fala de um profissional na entrevista, os profissionais da atenção básica se sentem agora mais à vontade para discutir os casos com os matriciadores antes de encaminhar o idoso para o CRAI, conforme compareceu na entrevista com os profissionais do CRAI.

[...] As UBS que engajaram no apoio nos solicitam e discutimos o caso, eles fazem o contato por telefone. (Entrev./C P. 2)

Em relação a segunda categoria, o perfil dos idosos atendidos pelo CRAI (analisando a possível retenção dos idosos "em risco de fragilização" na atenção básica e como isso aponta para a potencialização da rede de cuidados). Talvez seja mais uma contribuição do AM na formação das equipes de PSF que se sentem mais aptas a cuidar dos idosos na AB.

Segundo relato dos profissionais, outro fator que contribuiu para ampliar e qualificar o acesso do idoso na rede, foi em relação a presença do regulador médico geriatra do CRAI no SISREG, considerando que este profissional possui na sua função identificar nos relatos os motivos que levou a AB encaminhar o idoso para um serviço especializado.

Desta forma possibilitou que a situação de saúde do idoso fosse analisada antes mesmo da entrada no serviço. Quando este regulador detecta através dos encaminhamentos alguma situação de saúde que talvez não necessite do serviço da atenção especializada, este encaminhamento é remetido para discussão na equipe do AM, onde as duplas de apoio fazem a discussão do caso, avaliando a condição de saúde do idoso. Caso a equipe de apoio julgue necessário poderia realizar uma consulta compartilhada com o médico de referência da AB e com o geriatra do CRAI ou outros especialistas do CRAI, conforme a necessidade de saúde do idoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar o estudo sobre o Apoio matricial foi a possibilidade de responder desafios que permeiam o serviço e o cotidiano da saúde pública. Tema provocador que impacta o modo de fazer dos profissionais, e desafiador, pois meche com poderes estabelecidos. Essa nova forma de intervenção convida às mudanças direcionadas para o processo de trabalho, provoca o profissional de saúde a repensar suas práticas e rever sua centralidade nos especialismos.

Essa metodologia quando implementada no CRAI, também provocou mudanças e tensionamentos, o que levou a construção e reconstrução dos processos de trabalho. Não havia um modelo estabelecido, contávamos com orientação da referência técnica de saúde do idoso e dos apoiadores institucionais. Essa nova forma de intervenção levava o CRAI a repensar seu lugar na rede.

A partir do Pacto pela Saúde 2006 e do novo modelo de gestão compartilhada implantado pela SEMUS/PMV, o município passou a se organizar para atender os serviços de média complexidade visando ampliar e regular o acesso dos usuários aos serviços. Nesse contexto e em acordo com a diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com enfoque na garantia da integralidade do atendimento prestado ao idoso, o CRAI passou a ser um ponto de atenção a serviço do idoso no município. No entanto, foi preciso reordenar as práticas em relação à Atenção Básica, principalmente que possibilitasse superar a lógica da referência e contrareferência, considerando a necessidade de ampliar o acesso do idoso frágil ao CRAI, com objetivo de atender essa demanda que se encontrava retida na atenção Básica. Portanto, o CRAI ocupa um lugar estratégico na rede pública de saúde, sendo um de seus grandes desafios é fazer a interlocução com outras políticas para não haver sobreposições de ações que venham dificultar o acesso do idoso aos serviços.

O AM também contribuiu para implantação do protocolo de acesso ao CRAI. Este protocolo foi uma construção coletiva da equipe do CRAI, sua implantação junto a ABS teve como diretriz a regulação do acesso prioritário ao idoso frágil no serviço,

isso foi importante porque norteou e ampliou as discussões sobre a saúde do idoso na rede, de forma a possibilitar o “olhar diferenciado” para o idoso no município.

O AM possui uma potencialidade para criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento, reforçada pela presença fragmentada baseada nos conhecimentos especializados e em especialismos. Busca, assim, reconhecer a complexidade dos processos de saúde e sociais, pensando formas de intervenção através da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, com objetivo de reforçar o compartilhamento do cuidado na produção de saúde. Dessa forma, o AM na saúde do idoso contribuiu para mudança no arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais que facilitou o trabalho junto às equipes da Estratégia de Saúde da família.

A pesquisa realizada expressa pontos importantes em relação à contribuição do AM na saúde do idoso no município de Vitória, tal como em relação à mudança na descrição nos motivos dos encaminhamentos, que passaram a incluir considerações sobre a clínica ampliada e a importância de não reduzir o idoso à patologia, isso demonstra a necessidade de um cuidado ampliado voltado para a saúde do idoso.

Outro ponto também relevante observado na pesquisa foi a possível retenção dos idosos em risco de fragilização na atenção básica e como isso aponta para necessidade de potencialização de uma rede de cuidados. Este resultado pode indicar que o AM seja uma contribuição na formação das equipes da ESF, de forma a se sentirem mais aptas a cuidarem dos idosos na ABS.

Com a pesquisa realizada foi possível verificar que o AM implementado na saúde do idoso no CRAI se efetua a partir de um método, porém esse método precisa ser fundamentado, debatido e fortalecido. Diante disso, se faz necessário retomar com a equipe o acúmulo teórico-prático sobre o método do AM, que tem uma vertente teórica importante que embasa o fazer na realidade. Não podemos deixar de mencionar que o método com o qual efetuamos o AM não se dissocia dos processos de gestão e atenção que estão em cena no fazer em saúde.

Ou seja, o método de apoio matricial não se reduz a uma metodologia com protocolos a serem seguidos. Método é um modo de fazer, que não se separa dos modos de gerir o cuidar. Neste sentido, precisamos indagar: Como fazer Apoio Matricial com modos de gestão hierarquizados e verticalizados?

Durante o processo de implantação do Apoio Matricial na Saúde do Idoso, muito se discutiu que não há uma formação específica “que apoiador se aprende sendo”. Nessa perspectiva os profissionais do CRAI avançaram, mas faltou um acompanhamento paralelamente de discussões e estudos teóricos do método que possibilitasse refazer e reconstruir as práticas do cotidiano. A não apropriação do método, leva o apoio a se tornar uma prescrição da equipe especializada para a atenção básica em forma de arguição e ações, não cumprindo assim a proposta do AM.

Diante disso, é necessária a retomada de estudos e de problematizações sobre o método do Apoio Matricial, que estamos operando, através de grupo de trabalho, com objetivo de aprofundar e fortalecer as práticas para efetivação do Apoio Matricial na saúde do idoso considerando que a realidade é dinâmica e precisamos nos reinventar a cada dia, o que nos impulsiona a constantes processos de aprendizagem.

Como conclusão do estudo, fica evidente a necessidade de ampliar a rede de cuidado para o idoso no município, em especial para o idoso em risco de fragilização, pois estes se encontram em grande parte na ABS. O AM já vem desenvolvendo ações através de oficinas temáticas de acordo com as demandas das equipes da ESF, as quais contribuem para formação da ABS, essas ações precisam ser intensificadas para que as equipes se sintam aptas a oferecer um cuidado ampliado para esse público.

Acredito que a rede de cuidados deve ser ampliada para além da PMV, chamando o Estado para o seu papel, considerando que a equipe do AM é solicitada para também atender os idosos acamados, porém não consegue dar conta desse público. Assim deve ser pensado um serviço que viabilize o atendimento aos idosos acamados, em uma perspectiva de um atendimento domiciliar e quando necessário

uma internação domiciliar. Também, se faz necessária a criação de um dispositivo que viabilize a discussão do modo como o apoio vem se efetuando na rede de saúde de Vitória.

Assim, importante salientar que a ferramenta do AM é uma das possibilidades que contribui para saúde do idoso, porém fica clara a necessidade de viabilizar outros serviços e dispositivos que vão além do setor público. Ressalta-se a necessidade de envolver a sociedade civil para pensar em alternativas que possa contribuir no cuidado para o idoso, a criação de serviços de apoio ao cuidador, serviços comunitários que estimule uma rede de apoio aos familiares e aos idosos.

Por fim entendo que este trabalho abre outros âmbitos de indagação a serem efetuados. Como assegurar a potência de intervenção do AM, no que se refere à produção do cuidado com autonomia, quando as práticas de gestão ainda se efetuam de forma verticalizada e hierarquizada? Como ficar atentas á algumas capturas que esvaziam a potência disruptora que o método do AM expressa? No que se refere às práticas de cuidado, como assegurar que nossos debates cotidianos não se reduzam aos estudos de caso, que individualizam o cuidado, mas sim favoreçam a produção de singularização do cuidado ampliado do idoso?

O CRAI se engendrou como uma experiência inovadora no campo da saúde do idoso, fortalecendo e ampliando as diretrizes e princípios do SUS. Nosso desafio é fazer ressoar a potência dessa experimentação, ampliando as redes de cuidado.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS et. Al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 783-836.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. **Apoio matricial**: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. Botucatu: Interface. 2012, vol.16, n.42, pp. 767-778. ISSN 1414-3283. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 out. 2013.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). **Políticas de Saúde**: a organização e operacionalização do Sistema único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 29 - 60.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Texto para Discussão, n. 1.034. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1034.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1034.pdf)>. Acesso em: 07 de set. 2015.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.** 2008, vol.28, n.3, pp. 632-645. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000300015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 de out. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 jan. 1994. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica: n. 19.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.



Brasília: BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201\\_clinica\\_ampliada.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html)>. Acesso em: 16 de jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/812/1/HumanizaSUS.%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2014

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2014

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 out. 2006c. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova o Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. 2006d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 24 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 mar. 2006e. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

CALDAS, Célia Pereira. **Conceitos básicos em Gerontologia**. 2009. 44 slides. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/agemais/conceitos-bsicos-2134776>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

CAMARANO, Ana Amélia et al. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_06\\_Cap\\_01.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_06_Cap_01.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2015.

CAMARANO, Ana Amélia et al. Famílias: Espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 137-168. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_12\\_Cap\\_05\\_rachura.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_12_Cap_05_rachura.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada**. Botucatu: Interface, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500983](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983)>. Acesso em: 02 de out. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 1999, vol.4, n.2, pp. 393-403. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 out. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 out. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CHAIMOWICZ, Flávio; CAMARGOS, Mirela Castro. Envelhecimento e Saúde no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.74-98.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Formas\\_de\\_pensar\\_e\\_organizar\\_o\\_sistema\\_de\\_saude.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Formas_de_pensar_e_organizar_o_sistema_de_saude.pdf)>. Acesso em: 06 de out. 2014.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini, Márcia Valéria G. C.; Corbo, Anamaria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; FIOCRUZ, 2007. p.69-106.

CRUZ, Sheila Cristina de Souza; WERNER, Regina Célia Diniz. Panorama atual da atenção à saúde do município. In: CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D.; ARAÚJO, Ma. D. (Org). **Saúde Pública em Vitória: Vários Olhares**. Vitória: Gráfica e Editora Aquarius, 2012. p. 243-258.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saude soc. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970. ISSN 0104-1290. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013)>. Acesso em: 11 out. 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DIAS, Valdecir Ávila. **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**: Um importante Sistema para complementariedade da Integralidade da Assistência. 2012. 38 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

DIMENSTEIN, Magda et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saude soc. 2009, vol.18, n.1, pp. 63-74. ISSN 0104-1290. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 07 out. 2013.

DOMITTI, Ana Carla Pereira. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. 83

f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006.

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca. Coordenação de Educação a distância. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de educação a Distância; organizado por Ana Paula Borges e Angela Maria Castilho Coimbra. – Rio de Janeiro: EAD/Ensep, 2008.

GOMES, Vanessa Gimenes. **Apoio matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. 2006. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Apoio\\_Matricial\\_estrategia\\_interlocucao\\_rede\\_saude\\_Campinas\\_SP.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Apoio_Matricial_estrategia_interlocucao_rede_saude_Campinas_SP.pdf)>. Acesso em: 11 de out. de 2013.

IBGE. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 de ago. 2014.

IBGE; SEGES/PMV. **Cidades**. 2012. Disponível em: <[http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria\\_bairro\\_bairro/Vit%C3%B3ria\\_bairro\\_%20a\\_bairro.pdf](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria_bairro_bairro/Vit%C3%B3ria_bairro_%20a_bairro.pdf)>.

MACHADO, João Carlos. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 178-201.

MADUREIRA, Renata Maria Sales; BISSOLI, Sandra Maria. Apoio Matricial em Saúde do Idoso: a experiência do município de Vitória-ES. In: PINHEIRO, Roseni et al (Org.). **Experienci(Ações) e práticas de apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014. p. 135 – 147.

MADUREIRA, Renata Maria Sales; ZANDONADE, Eliana; MACIEL, Paulete Maria Ambrósio. ENVELHECIMENTO: um desafio ao Sistema de Saúde. In: CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D.; ARAÚJO, Ma. D. (Org). **Saúde Pública em Vitória**: Vários Olhares. Vitória: Gráfica e Editora Aquarius, 2012. p. 243-258.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Redes-de-Atencao-Mendes%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Redes-de-Atencao-Mendes%20(1).pdf)>. Acesso em: 07 set. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Rev. bras. enferm.** 2010, vol.63, n.6, pp. 900-907. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 de nov. 2013.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Iléo Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**. 2013, vol.18, n.1, pp. 151-160. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, Edigar Nunes de. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: BORGES, Ana Paula Abreu; COIMBRA, Angela Maria Castilho (Org.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Coordenação de Educação à Distância. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Lanna Flávia de. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2014.

MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MORAES, Edgar Nunes de. **Quem é o idoso frágil**. Vitória: II Congresso de Geriatria e Gerontologia do Espírito Santo, 2013. 17 slides, color.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/OliveiraGustavoNunesde\\_D%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/OliveiraGustavoNunesde_D%20(4).pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Universidade de São Paulo, 2003.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, José Elias Soares. Doença de Parkinson e outros Transtornos do Movimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 285-291.

PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ ABRASCO, 2005. p. 11-32.

PY, Marco Oliveira. Doenças cerebrovasculares. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 264-277.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013, vol.18, n.7, pp. 2157-2166. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700031&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 out. 2013

SAAD, Paulo Murad. Transferência de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: Camarano, Ana Amélia. **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro, Ipea, 1999. p.251-80.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M.M. Abordagem do Idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v.3, p. 839-847, maio-jun., 2003.

SOUSA, Edson Luiz André de. **ENTREVISTAR**. In: FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci (Org.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.

SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de; AYRES, Simone de Pádua; MARCONDE, Estela Maria Maluf. Metodologia de apoio matricial: interfaces entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. 2012, v. 20, n. 3, p. 363-368. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/680>>. Acesso em: 07 de out. 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNASUS. **Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa.** Unid. 01. Top. 01. 2014a. Disponível em: <[http://www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid\\_02/top\\_01/01.html](http://www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid_02/top_01/01.html)>. Acesso em: 07 de set. 2014.

UNASUS. **Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa.** Unid. 02. Top. 01. 2014b. Disponível em: <[http://www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid\\_02/top\\_01/01.html](http://www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid_02/top_01/01.html)>. Acesso em: 07 de set. 2014.

UNASUS. **Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa.** Unid. 03. Top. 01. 2014c. Disponível em: <[http://www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid\\_03/top\\_01/01.html](http://www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid_03/top_01/01.html)>. Acesso em: 07 de set. 2014.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VITÓRIA. (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso – **Protocolo Para Acesso ao CRAI:** a partir de 1º de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. **Roteiro de Avaliação do Risco de Fragilidade da Pessoa Idosa.** Vitória, 2009a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Ficha A da Estratégia Saúde da Família/ Gráficos da Rede Bem Estar. Vitória, mar. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2010-2013.** Vitória, 2009. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519\\_saude\\_plano\\_2010\\_2013.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf)>. Acesso em 30 de mai. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2014-2017.** Vitória, 2013. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140609\\_pms\\_2014-2017.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140609_pms_2014-2017.pdf)>. Acesso em 30 de mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Referência Técnica de Saúde do Idoso. **Relatório de Reunião Ampliada da Unidade de Produção de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, ES, p. 1 – 4, set. 2010a.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Reunião da Referência Técnica de Saúde do Idoso**. Vitória, ES. 2007. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Reunião da Unidade de Produção de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, ES, p. 1 – 2, maio. 2009b. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Reunião da Unidade de Produção de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, ES, p. 1 – 5, abr. 2010b. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Reunião da Unidade de Produção de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, ES, p. 1 – 5, jul. 2010c. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Reunião da Unidade de Produção de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, ES, p. 1 – 7, ago. 2010d. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Reunião da Unidade de Produção de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, ES, p. 1 – 9, set. 2010e. Não publicado.

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal na estratégia de saúde da família**. Secretaria de Saúde, Vitória, 2003.

WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde/ World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pana-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 03 de jun. 2014.